



Psychology
Health

2019 / 2 (3)



Psychological Health

Психологічне здоров'я



Клінічний санаторій «Жовтень»



Асоціація арабських лікарів України



Університет імені святої цариці Тамари Грузинської Патріархії

2019 / 2 (3)

ЗМІСТ

<i>Антонова А. В.</i> ПСИХОДІАГНОСТИКА РИЗИКУ БУЛІНГУ В ШКОЛІ.....	3
<i>Жарок А. О., Туриніна О. Л.</i> ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ ЗАПОБІГАННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПСИХОЛОГІВ.....	36
<i>Заборовська І. Р., Туриніна О. Л.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПЕВТИЧНОГО МЕТОДУ В ПОДОЛАННІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРУДНОЩІВ КЛІЄНТІВ.....	54
<i>Захожа І. В.</i> ВПЛИВ НЕЙРОКОРЕКЦІЇ НА РОЗВИТОК ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ.....	67
<i>Клочкова А. В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ТРУДОВОЇ МОТИВАЦІЇ МЕНЕДЖЕРІВ КОМЕРЦІЙНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ.....	93
<i>Коляденко Н. В., Траченко В. А.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ.....	107
<i>Мальцев Д. В.</i> ПРОБЛЕМА РАССТРОЙСТВ СПЕКТРА АУТИЗМА, АССОЦІІРОВАНЫХ С ГЕНЕТИЧЕСКИМ ДЕФИЦИТОМ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА, КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ИММУНОДЕФИЦИТНОЙ БОЛЕЗНИ.....	136
<i>Мойсеєнко Л. В.</i> ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ ДРАМАТИЧНОЇ ПСИХОЕЛЕВАЦІЇ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ З ІНВАЛІДИЗУЮЧИМИ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.....	156
<i>Олексенко О. М.</i> АНАЛІЗ НАЙВПЛИВОВІШИХ НАПРЯМІВ ЕКЗИСТЕНЦІАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ СУЧАСНОСТІ.....	177
<i>Оськіна І. С.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЖІНКИ, ЯКА ВИХОВУЄ ДИТИНУ ВІД ПЕРШОГО ШЛЮБУ В НОВИХ ПОДРУЖНІХ СТОСУНКАХ.....	200

УДК 613.8:37.06:177

Антонова Антоніна Володимирівна, магістр психології, ПрАТ «ВНЗ «МАУП», 02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна

ORCID: 0000-0002-3849-155X

ПСИХОДІАГНОСТИКА РИЗИКУ БУЛІНГУ В ШКОЛІ

Анотація

Ключові слова: школа, булінг, психодіагностика.

Постановка проблеми. За даними дослідження «UNICEF Україна» за 2017 рік, 67% дітей зіштовхувалися з булінгом (були жертвою або свідком), а 40% постраждалих від цькування взагалі ні з ким не ділилися проблемою і не зверталися за допомогою. Згідно з доповіддю Всесвітньої організації охорони здоров'я 2016 р., Україна посідає дев'яте місце серед 42 досліджуваних країн за відсотком жертв булінгу серед 15-річних. Тому дослідження проблеми шкільного булінгу з метою розробки ефективних способів його профілактики є важливим питанням психології.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. скандинавськими дослідниками, зокрема, Д. Олвеус. П.П. Хайнеманн, А. Пікасо, Е. Роланд, було розроблено концепцію булінгу і визначено це поняття як утиск, дискримінацію, цькування. Булінг є особливою формою деструктивної взаємодії, що включає в себе безліч специфічних типів і підтипів агресивної поведінки. На нашу думку найбільш структуроване і повно представлені форми булінгу в статті Є. Н. Ожійової «Булінг, як різновид насильства. Шкільний булінг».

Формулювання мети статті. Мета – визначити психологічні аспекти проблеми шкільного булінгу та виявлення його ризику.

Виклад основного матеріалу. Негативні прояви, маючи місце в обох класах, в 7-В за рядом показників перевищують такі в 7-Б класі майже вдвічі, що свідчить про підвищений ризик булінгу в цьому класі. Особливо

значимими щодо ризику булінгу є зневажання, приниження один одного, насмішки, брутальний стиль розмови з нецензурними висловлюваннями, схильність до бійки та її схвалення. Саме за цими параметрами в 7-Б класі виявилася більш ризикована ситуація щодо виникнення булінгу, ніж у 7-В. Серед способів булінгу перше місце посідають насмішки та ігнорування.

Також більшість учнів вказували, що вони не відчували ні психічного, ні фізичного насилля, але при цьому зазначали один або більше методів булінгу, які інші учні використовували до них. Це може пояснюватися тим, що це були поодинокі несистематичні випадки, що не є характерним для власне булінгу.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Провідною проблемою діагностики та профілактики булінгу є те, що в українській культурі даний феномен входить в звичайний досвід і мало усвідомлюється, в силу чого його прояви часто перериваються, а наслідки і ефекти залишаються поза фокусом уваги фахівців і учасників цькування.

Експериментальне дослідження з діагностики ризику булінгу в шкільному колективі показало наявність дітей - потенційних учасників цькування в кожному класі, що підтверджує актуальність даної теми.

Використані в нашому дослідженні психодіагностичні методики можуть застосовуватися для вирішення таких прикладних задач, як виявлення колективів з підвищеним ризиком ситуацій цькування і створення безпечної атмосфери в навчальних групах, а також освітня і консультативна робота з вчителями і шкільною адміністрацією.

Анотація

Антонова А. В., магістр психології, ЧАО «ВУЗ «МАУП»; г. Київ, Україна. **Психодіагностика ризику булінга в школі.**

Ключевые слова: школа, буллинг, психодиагностика.

Постановка проблемы. По данным исследования «UNICEF Украины» по 2017, 67% детей сталкивались с буллингом (были жертвой или

свидетелем), а 40% пострадавших от травли вообще ни с кем не делились проблемой и не обращались за помощью. Согласно докладу Всемирной организации здравоохранения 2016, Украина занимает девятое место среди 42 исследуемых стран по проценту жертв буллинга среди 15-летних. Поэтому исследование проблемы школьного буллинга с целью разработки эффективных способов его профилактики является важным вопросом психологии.

Анализ последних исследований и публикаций. Скандинавскими исследователями, в частности, Д. Олвеус, П.П. Хайнеманн, А. Пикассо, Э. Роланд, была разработана концепция буллинга и определено это понятие как ущемление, дискриминацию, травли. Буллинг является особой формой деструктивного взаимодействия, включает в себя множество специфических типов и подтипов агрессивного поведения. По нашему мнению наиболее структурированное и полно представлены формы буллинга в статье Е. Н. Ожиёвой «Буллинг, как разновидность насилия. Школьный буллинг».

Формулировка цели статьи. Цель - определить психологические аспекты проблемы школьного буллинга и выявления его риска.

Изложение основного материала. Негативные проявления, имея место в обоих классах, в 7-В по ряду показателей превышают таковые в 7-Б классе почти вдвое, что свидетельствует о повышенном риске буллинга в этом классе. Особенно значимыми в отношении риска буллинга является пренебрежение, унижение друг друга, насмешки, грубый стиль разговора с нецензурными выражениями, склонность к драке и ее одобрение. Именно по этим параметрам в 7-Б классе оказалась более рискованная ситуация относительно возникновения буллинга, чем в 7-В. Среди способов буллинга первое место занимают насмешки и игнорирования. Также большинство учеников указывали, что они не испытывали ни психического, ни физического насилия, но при этом отмечали один или более методов буллинга, другие ученики использовали к ним. Это может объясняться тем,

что это были одиночные случаи, которые не имели систематического характера, характерного для собственно буллинга.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Ведущей проблемой диагностики и профилактики буллинга является то, что в украинской культуре данный феномен входит в обычный опыт и мало осознается, в силу чего его проявления часто прерываются, а последствия и эффекты остаются вне фокуса внимания специалистов и участников травли. Экспериментальное исследование по диагностике риска буллинга в школьном коллективе показало наличие детей - потенциальных участников травли в каждом классе, что подтверждает актуальность данной темы. Используемые в нашем исследовании психодиагностические методики могут применяться для решения таких прикладных задач, как выявление коллективов с повышенным риском ситуаций травли и создание безопасной атмосферы в учебных группах, а также образовательная и консультативная работа с учителями и школьной администрацией.

Annotation

Antonova A. V., Magister of Psychology, The Private Joint-Stock Company Higher Educational Institution Interregional Academy of Personnel Management; Kyiv, Ukraine. **Psychodiagnosis of the risk of bullying at school.**

Key words: school, bullying, psychodiagnostics.

Formulation of the problem. According to UNICEF Ukraine in 2017, 67% of children were exposed to bullying (being a victim or a witness), and 40% of those affected by bullying did not share a problem with anyone at all and did not seek help. According to the report of the World Health Organization in 2016, Ukraine ranks ninth among the 42 surveyed countries by the percentage of 15-year-old bullying victims. Therefore, studying the problem of schoolbullying in order to develop effective ways to prevent it is an important issue in psychology. Analysis of recent research and publications. Scandinavian researchers, in particular, D. Olweus. P.P. Heinemann, A. Picasso, E. Roland, the concept of

boiling was developed and this concept is defined as oppression, discrimination, harassment. Booting is a special form of destructive interaction, which includes a lot of specific types and subtypes of aggressive behavior. In our opinion, the most structured and fully represented forms of a boom in the article by E. N. Ozhiev "Buling as a kind of violence. School bullying".

Formulating the purpose of the article. The aim is to determine the psychological aspects of the problem of schoolbullying and to identify its risk.

Presenting main material. Negative manifestations, taking place in both classes, in the 7-B for a number of indicators exceed those in the 7-B class almost twice, indicating an increased risk of bolting in this class. Particularly significant in relation to the risk of bullying are the humiliation, humiliation of one another, ridicule, the brutal style of conversation with obscene statements, propensity to fight and its approval. It is for these parameters that the 7-B class appeared to be more risky than the 7-B. Among the methods of bullying, the first place is ridiculed and ignored.

Also, most students indicated that they did not experience mental or physical violence, but noted one or more of the methods of bullying that other students used to them. This may be due to the fact that these were isolated unsystematic cases that are not typical for actual bullying.

Conclusions and perspectives of further research. The leading problem of diagnostics and prophylaxis of a boling is that in the Ukrainian culture this phenomenon is a common experience and little awareness, due to which its manifestations are often interrupted, and the consequences and effects remain beyond the focus of attention of experts and participants in the persecution. An experimental study on the diagnosis of the risk of bullying in the school team showed the presence of children - potential harassers in each class, which confirms the relevance of this topic.

The psychodiagnostic techniques used in our research can be used to solve such applied tasks, such as the identification of teams with increased risk of

bullying situations and the creation of a safe atmosphere in the training groups, as well as educational and advisory work with teachers and school administration.

Ключові слова: школа, булінг, психодіагностика.

Постановка проблеми. За даними дослідження «UNICEF Україна» за 2017 рік, 67% дітей зіштовхувалися з булінгом (були жертвою або свідком), а 40% постраждалих від цькування взагалі ні з ким не ділилися проблемою і не зверталися за допомогою. Згідно з доповіддю Всесвітньої організації охорони здоров'я 2016 р., Україна посідає дев'яте місце серед 42 досліджуваних країн за відсотком жертв булінгу серед 15-річних. Судячи з усього, цькування розвивається майже в будь-якому закритому співтоваристві - будь то армійський підрозділ або елітний коледж, - і те, що діти регулярно стикаються з цькуванням в школі, лише приклад поширеності явища. Багато років працюючи над цією темою, в 1993 р. норвезький психолог Д. Ольвеус опублікував визначення цькування в середовищі дітей і підлітків, що стало загальноприйнятим: булінг (цькування) - це навмисна агресивна поведінка, що систематично повторюється та включає нерівність соціальної влади або фізичної сили (Olweus, 1993a). Його робота внесла явище булінгу в простір психологічної науки, зробила його видимим, і ця тема швидко стала трендом світової психології, дослідження в області феноменології і технологій профілактики та припинення булінгу стали стрімко розвиватися. Їх актуальність дуже висока в силу появи в учасників цькування важких наслідків, таких як суїцид. Тому дослідження проблеми шкільного булінгу з метою розробки ефективних способів його профілактики є важливим питанням психології.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вперше проблема шкільного насильства була описана ще на початку 20 століття – в 1905 році, коли К. Дьюкс опублікував про це своє дослідження, але по справжньому системне дослідження було проведено скандинавськими дослідниками,

такими як Д. Олвеус, П.П. Хайнеманн, А. Пікасо, Е. Роланд [4]. Вони розробили концепцію булінгу і визначили це поняття як утиск, дискримінацію, цькування. В подальших дослідженнях цієї проблеми, різними дослідниками висувалися свої визначення цього явища, але всі вони відображали наявність великої групи соціальних, психологічних і педагогічних проблем, супроводжуваних фізичне, психічне насильство по відношенню до людини або групи людей, яке відрізняється тривалістю і нездатністю людини захиститися перед агресором. Виходячи з цього бачення проблеми, можна відзначити, що булінг не є поведінкою в класичному розумінні, а являє собою особливу форму деструктивної взаємодії, що включає в себе безліч специфічних типів і підтипів агресивної поведінки [5].

Визначення булінгу як явища та основні підходи до цієї проблеми різних авторів представлені в таблиці 1. Зазначені характеристики дозволяють зрозуміти різницю між булінгом і випадковими конфліктами, бійкою або сваркою, які іноді відбуваються між людьми.

Потрібно відзначити, що хоча булінг в деякій мірі схожий за своєю структурою з конфліктом, проте, він відрізняється специфічними характеристиками: булінг розтягнутий в часі, сили жертви і кривдника асиметричні за своїм потенціалом, типи учасників булінгу фіксовані (кривдник, жертва, свідок, помічник буллі, захисник жертви), через що змінити роль дуже складно в такому типі поведінки. Крім того, є кардинальна відмінність конфлікту за своєю суттю від булінгу - в конфлікті обидві сторони так чи інакше можуть відстоювати свою позицію, залучаючи оточуючих як ресурс, тоді як в булінгу тільки одна сторона «володіє» правами, а іншій стороні «відмовляється в праві» взагалі мати якусь позицію і робити будь-які дії на свій захист [7].

Отже, булінг - це тип деструктивної поведінки, який містить в собі насильницькі дії кривдника по відношенню до жертви, яка нездатна себе захистити, і дії спрямовані на заподіяння шкоди жертві, протягом тривалого часу, для отримання психологічного або фізичного задоволення кривдником.

При виникненні ситуації булінгу в групі - такий, як наприклад клас, створюється структура - соціальна система. І в цю структуру входять: агресори (переслідувачі), жертва, спостерігачі, і ця «система» здатна залучати інших людей [1].

Таблиця 1.1.

Основні підходи до визначення поняття «булінг» [4]

Автор	Підходи до визначення боулінгу
Роланд (1988)	Нападки будь-якого характеру
Таттум (1989)	Тривале фізичне або психологічне насильство з боку індивіда або групи щодо індивіда, який не здатний захистити себе в даній ситуації
Безаг В. (1989)	Неодноразовий напад - фізичний, психологічний, соціальний або вербальний - тими, чия влада формально або ситуативно вище, за тих, хто не має можливості захиститися, з наміром заподіяти страждання для досягнення власного задоволення
Ольвеус Д. (1991)	Особливий вид насильства, коли людина фізично нападає або загрожує іншій людині, яка більш слабка і безсила, для того щоб людина відчувала себе наляканою, ізольованою, позбавленою свободи дій тривалий час
Хед (1994)	Тривале насильство, фізичне або психологічне, здійснюване однією людиною або групою і спрямоване проти людини, яка не в змозі захиститися у фактичній ситуації, з усвідомленим бажанням заподіяти біль, налякати або піддати людину тривалій напруги
Хатьцер (1996)	Деструктивна взаємодія, в якому домінуючий суб'єкт неодноразово демонструє таку поведінку, яке викликає замішання менш домінуючого суб'єкта
Кривцова С.В. (2011)	Агресія одних дітей проти інших, коли мають місце нерівність сил агресора і жертви, агресія має тенденцію повторюватися. Нерівність сил, повторюваність - дві істотні ознаки боулінгу

Деякі дослідники пропонують систематизувати всі прояви булінгу в дві групи: 1 група - прояви, пов'язані переважно з активними формами приниження; 2 група - прояви, пов'язані зі свідомою ізоляцією, обструкцією постраждалих [2].

На нашу думку найбільш структуроване і повно представлені форми булінгу в статті Є. Н. Ожійової «Булінг, як різновид насильства. Шкільний булінг» [9]:

1. Фізичний булінг,- найбільш поширений серед хлопчиків. Вважається найжорстокішою формою булінгу, коли жертву б'ють, штовхають, ставлять підніжки, дають стусани під зад, а також побої, нанесені різними предметами.

2. Психологічний булінг,- цькування, пов'язане з дією на психіку, за допомогою вербальних образ, насмішок, залякувань, переслідувань, які здійснюють емоційний тиск на кривдника (жертву). До цієї форми відносяться: вербальний боулінг; образливі жести або дії; залякування; ізоляція; вимагання; пошкодження та інші дії з майном; кібербулінг.

У булінгу присутня певна структура, без неї не може відбутися феномен булінгу. Структура складається з трьох компонентів: буллер, жертва і глядачі. Буллі, як правило, виступають діти, що володіють нарцисичними рисами характеру [3]. В шкільному булінгу найчастіше бере участь ціла група дітей. Якщо лідер - буллі, то інші - послідовники ініціаторів цькування однокласників. Спостерігачі - це основна маса шкільного булінгу в класі. Спостерігачі булінгу часто відчують страх і безпорадність перед буллі в школі. Їх може переслідувати почуття провини через те, що не відстоюють чужі інтереси, що не заступаються за дітей, яких принижують, через те, що вони підтримують кривдника. Почуття провини, що виникає, в них недовго присутнє, поступово змінюються взаємовідносини в класі і норми, діти стають цинічними і безжальними до жертв. Подібне становище в класі робить процес протистояння булінгу в цьому класі більш складним і важко вирішуваним [6]. Шкільний булінг - явище системне і комплексне. Тому, крім шкільного психолога, подібними проблемами повинні займатися ще й вчителі, які зобов'язані припиняти ці ситуації, а не говорити, що діти самі повинні вирішувати подібні проблеми.

Розглянемо фактори, що сприяють розвитку булінгу в класі / школі. Їх можна розділити на індивідуальні та групові. До індивідуальних можуть бути віднесені: агресивність учнів (загострюється в період підліткової кризи особистості); попередній досвід життєдіяльності школярів, що включає в себе прояви власної агресивності і спостереження аналогічних проявів у найближчому оточенні - в сім'ї, в значній групі однолітків, в установах освіти, відвідуваних раніше; недостатній рівень розвитку комунікативних навичок, в тому числі відсутність прикладів і досвіду ненасильницьких взаємин і знань про свої права. Групові чинники: загальний психоемоційний фон установи освіти, що характеризується високим рівнем тривожності і психічної напруженості суб'єктів взаємодії в сукупності з невмінням контролювати власні емоції і регулювати стани; «політичну» систему установи освіти, що включає агресивні взаємовідносини всередині педагогічного колективу, в тому числі авторитарно-директивний стиль управління, відсутність обґрунтованої системи педагогічних і професійних вимог; особливості ставлення педагогів до школярів, побудовані на необґрунтованих вимогах з боку дорослих і максимальному безправ'ї дітей; система взаємовідносин всередині класного колективу; наявність загальноновизнаних соціальних ролей, що включають ролі «жертви» і «господаря»; традиції в соціумі, пропаговані засобами масової інформації. [8].

Формулювання мети статті. Мета – визначити психологічні аспекти проблеми шкільного булінгу та виявлення його ризику.

Виклад основного матеріалу. В країнах Європи і США існують кілька великих дослідницьких програм, які куруються урядами відповідних країн. Як інструмент виявлення використовуються спеціально структуровані опитувальники для самих дітей, вчителів та батьків.

В Україні досі не створено валідного практичного методу діагностики ризику булінгу, на результатах якого будувалася б ясна науково-обґрунтована система профілактики. На практиці, в нашій країні більше

орієнтуються на виявлення дітей і підлітків, які відносяться до групи ризику булінгу, і до останнього часу, одними з доступних методів діагностики булінгу були спостереження, бесіда, соціометричні дані. Профілактика булінгу можлива тільки при наявності ефективних діагностичних інструментів, що дозволяють оцінити ймовірність його виникнення в конкретному колективі.

Дослідження ризиків булінгу проводилося на базі Комунальної установи Сумської спеціалізованої школи I-III ступені № 2 ім. Д.Косаренко в м. Суми Сумської області, в дослідженні взяли участь 67 учнів 7-Б та 7-В класів (35 дівчаток, 32 хлопчики). Методи дослідження: теоретико-аналітичний, емпіричний, психодіагностичний, статистичний. Методики дослідження: Рівень згуртованості у класі (Карл Сішора); Опитувальник ризику булінгу за А. А. Бочавер, В. Б. Кузнецової, Е. М. Біанкі, П. В. Дмитрівського, М. А. Завалишиної, Н. А. Капорской, К. Д. Хломова; Опитувальник «Ситуація булінгу в школі» В. Р. Петросянц.

Для аналізу ризиків булінгу в школі ми використовували декілька методик, що дозволило нам отримати не тільки детальну картину атмосфери в шкільних класах, але й зрозуміти, як пов'язані між собою емоційні зв'язки в класі, рівень згуртованості класу та фактична ситуація булінгу в класі.

Визначення рівня згуртованості учнівського колективу по Сішору. Порівняння рівня згуртованості учнів 7-Б та 7-В класів наведено в таблиці 2.

Таблиця 2.

Зведена порівняльна таблиця результатів дослідження рівня згуртованості учнів 7-Б і 7-В класів

Запитання	Відповідь «ТАК»				t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей при f=65, tkрит=1,998 при α=0,05
	7-Б		7-В		
	абс. число	%	абс. числ о	%	
I. Як би ви оцінили свою приналежність до класу?					
1. Почуваю себе його членом, частиною колективу.	14	40,0	10	31,3	28,28
2. Приймаю участь у більшості видів діяльності.	10	28,5	8	25,0	14,14

3. Приймаю участь в одних видах діяльності та не приймаю участі в інших.	8	22,9	3	9,4	35,36
4. Не почуваю себе членом групи.	1	2,9	6	18,8	35,36
5. Живу та існую окремо від неї.	0	0	0	0	0
6. Не знаю, важко відповісти.	2	5,7	5	15,6	21,21
Всього	35	100	32	100	
II. Перейшли б ви до іншого класу, якби була така нагода (без зміни решти умов)					
1. Так, дуже хотів би перейти.	0	0	3	9,4	21,21
2. Скоріше перейшов би, ніж залишився.	1	2,9	1	3,1	0,00
3. Не бачу ніякої різниці.	2	5,7	8	25,0	42,43
4. Скоріш за все, залишився б у своєму класі.	12	34,3	10	31,3	14,14
5. Дуже хотів би залишитись у своєму класі.	16	45,7	8	25,0	56,57
6. Не знаю, важко відповісти.	4	11,4	2	6,2	14,14
Всього	35	100	32	100	
III. Які взаємини між членами вашого класу?					
1. Краще, ніж у більшості класів.	2	5,7	2	6,2	0,00
2. Приблизно такі ж, як і в більшості класів.	20	57,1	18	56,3	14,14
3. Не гірше, ніж у більшості класів.	8	22,9	7	21,9	7,07
4. Не знаю, важко відповісти.	5	14,3	5	15,6	0,00
Всього	35	100	32	100	
IV. Які у вас стосунки з учителями та адміністрацією школи?					
1. Краще, ніж у більшості класів.	5	14,3	3	9,4	14,14
2. Приблизно такі ж, як і в більшості класів.	13	37,1	14	43,8	7,07
3. Не гірше, ніж у більшості класів.	11	31,4	11	34,3	0,00
4. Не знаю.	6	17,2	4	12,5	14,14
Всього	35	100	32	100	
V. Яке ставлення до навчання у вашому класі?					
1. Краще, ніж у більшості класів.	2	5,7	2	6,3	0,00
2. Приблизно такі ж, як і в більшості класів.	19	54,3	16	50,0	21,21
3. Не гірше, ніж у більшості класів.	9	25,7	10	31,3	7,07
4. Не знаю.	5	14,3	4	12,5	7,07
Всього	35	100	32	100	

Результати наших досліджень показали, що дівчата частіше беруть участь у спільних заходах (38,9% проти 17,6%), істотно більш позитивно оцінюють взаємини між членами класу (72,2% проти 41,2%) і частіше оцінюють ситуацію в класі як таку саму, як і в інших класах. В 7-Б класі, самосприйняття як члена колективу притаманне однакової кількості дівчаток і хлопчиків (по 7 осіб, 38,9% та 41,2% відповідно), при тому що ці дівчатка беруть активну участь у більшості видів діяльності класу, а серед хлопчиків таких значно менше (38,9% проти 17,6%). Натомість, у 7-В класі членами колективу відчувають себе лише 35,5% дівчаток і 26,7% хлопчиків, і, так само як і в 7-Б класі, всі ці дівчатка беруть активну участь у всіх видах діяльності класу, тоді як таких хлопчиків у цьому класі істотно менше

(13,3%). В 7-Б класі членом групи не відчуває себе лише 1 хлопчик (5,8%), тоді як у 7-В класі членами групи не відчувають себе 3 (17,6%) дівчаток і 3 (20,0%) хлопчиків. Біля половини учнів 7-Б класу не бажають переходити в інший клас, хочуть і надалі навчатися в своєму класі (38,9% дівчаток і 52,9% хлопчиків). Натомість, у 7-В класі таких лише 23,5% дівчаток і 26,7% хлопчиків, при цьому 20,0% хлопчиків дуже бажають перейти в інший клас.

Грунтуючись на результатах тестування, можна відобразити їх для наочності в графічному вигляді (рис.1.-рис. 5.).

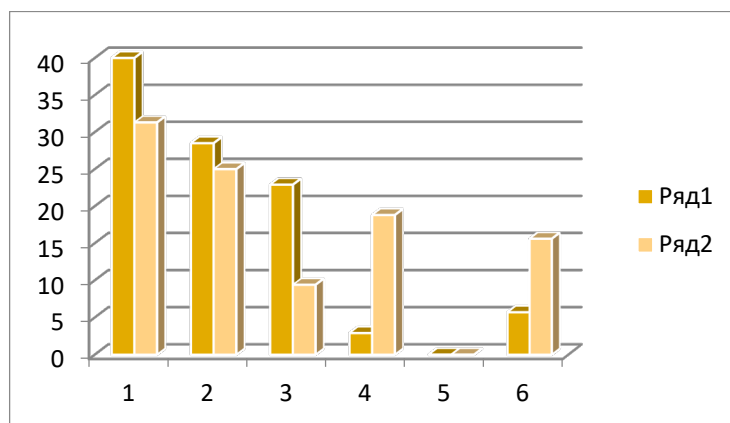


Рис. 1. Порівняння досліджуваних класів за параметром «Відчуття приналежності до класу» (ряд 1 – 7-Б клас, ряд 2 – 7-В клас; 1 - почуваю себе частиною колективу; 2 - приймаю участь у більшості видів діяльності; 3 - приймаю участь в одних видах діяльності та не приймаю участі в інших; 4 - не почуваю себе членом групи; 5 - живу та існую окремо від неї; 6 - не знаю, важко відповісти).

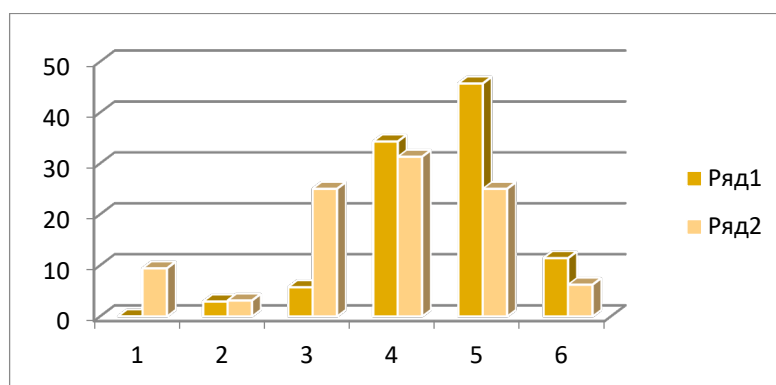


Рис. 2. Порівняння досліджуваних класів за параметром «Бажання перейти до іншого класу» (ряд 1 – 7-Б клас, ряд 2 – 7-В клас; 1 - так, дуже хотів би перейти; 2 - скоріше перейшов би, ніж залишився; 3 - не бачу ніякої різниці; 4 - скоріш за все, залишився б у своєму класі; 5 - дуже хотів би залишитись у своєму класі; 6 - не знаю, важко відповісти).

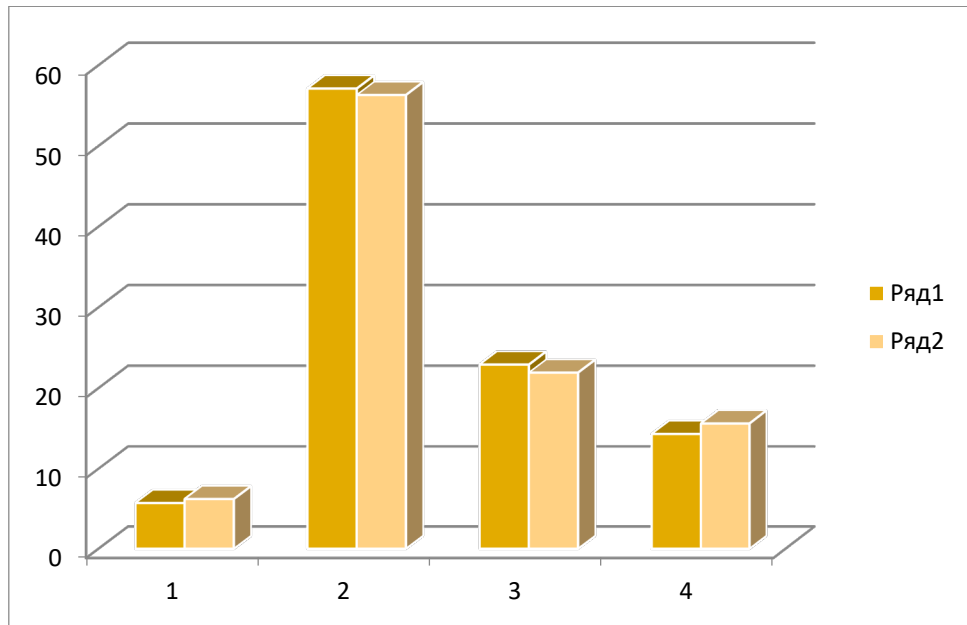


Рис. 3. Порівняння досліджуваних класів за параметром «Взаємини між членами класу» (ряд 1 – 7-Б клас, ряд 2 – 7-В клас; 1 - краще, ніж у більшості класів; 2 - приблизно такі ж, як і в більшості класів; 3 - не гірше, ніж у більшості класів; 4 - не знаю, важко відповісти).

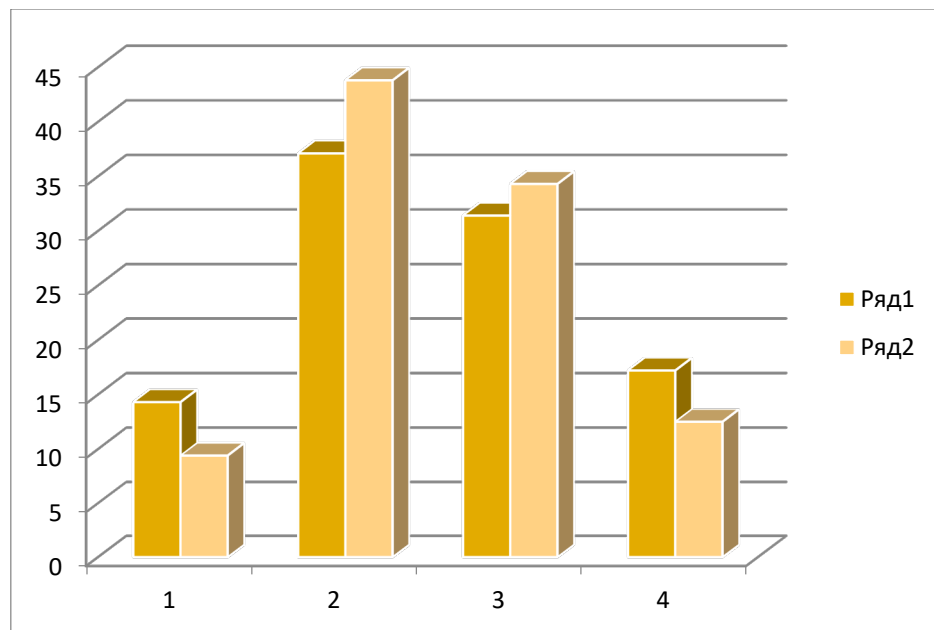


Рис. 4. Порівняння досліджуваних класів за параметром «Взаємини між учнями та вчителями» (ряд 1 – 7-Б клас, ряд 2 – 7-В клас; 1 - краще, ніж у більшості класів; 2 - приблизно такі ж, як і в більшості класів; 3 - не гірше, ніж у більшості класів; 4 - не знаю, важко відповісти).

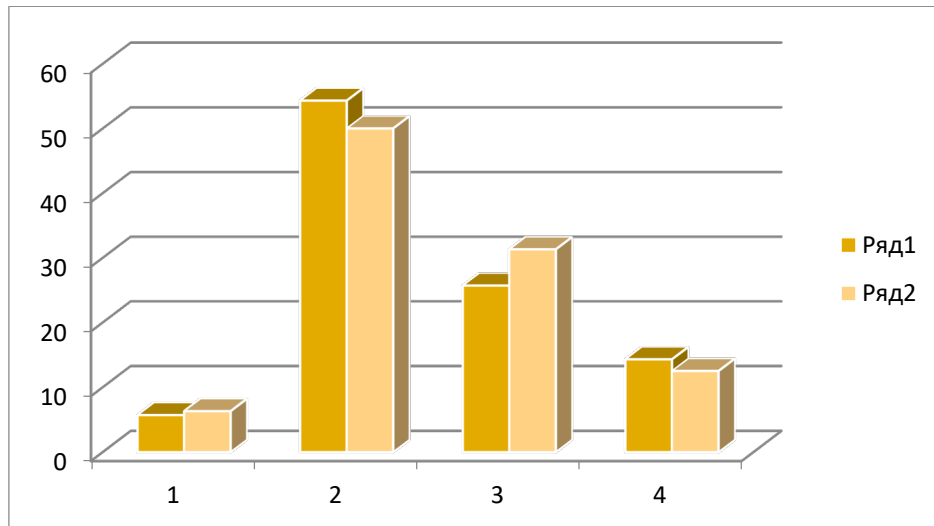


Рис. 5. Порівняння досліджуваних класів за параметром «Ставлення до навчання» (1 – 7-Б клас, 2 – 7-В клас; 1 - краще, ніж у більшості класів; 2 - приблизно такі ж, як і в більшості класів; 3 - не гірше, ніж у більшості класів; 4 - не знаю, важко відповісти).

Із рисунку 1. добре видно, що в 7-В класі, порівняно з 7-Б, менше дітей відчують свою приналежність до класу, уникають участі в окремих видах діяльності, та значно більша кількість учнів не відчують себе членами групи. Відповідно, в 7-В класі порівняно більше дітей не бажають надалі вчитися в своєму класі, висловлюють бажання перейти до іншого класу (рис.2.). За параметром «Взаємини між членами класу», як видно з рис. 3., істотної різниці між класами не виявлено, так само як і за параметром «Ставлення до навчання» (рис. 5.). Натомість, за параметром взаємин з учителями, ситуація в 7-В класі є більш помітною (рис. 4.).

За підрахунками індексу групової згуртованості Сішора, сума балів по 7-Б класу складає 479 балів, які потрібно розділити на кількість учнів, які були присутні на тестуванні, а це 35 учнів. Середній бал по класу $479/35=13,6$ балів, що, згідно з інтерпретацією індексу групової згуртованості Сішора, вище середнього рівня згуртованості.

Сума балів по 7-В класу складає 352 бали, які потрібно розділити на кількість учнів, які були присутні на тестуванні, а це 32 учні. Середній бал по

класу $352/32=11,0$ балів, що, згідно з інтерпретацією індексу групової згуртованості Сішора, є середнім рівнем згуртованості (рис. 6.).

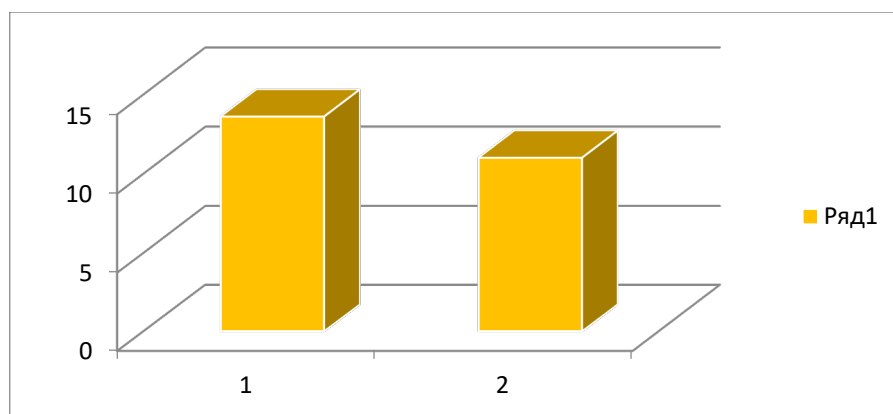


Рис. 6. Порівняння індексу згуртованості досліджуваних класів (1 – 7-Б клас, 2 – 7-В клас)

Отже, за результатами проведеного дослідження та відповідними розрахунками, в 7-Б класі індекс згуртованості класу вище середнього і дорівнює 13,6. Тільки один хлопець не відчуває себе членом колективу, двоє дітей не знають, що відповісти на це питання. На питання, чи хотів би ти перейти до іншого класу, тільки одна дівчина відповіла, що скоріше би перейшла, двоє хлопців відповіли, що не бачать жодної різниці, і четверо дітей не знали, що відповісти на це запитання.

В 7-В класі рівень згуртованості нижчий, чим в 7-Б, та дорівнює 11 балів. На питання чи відчуваєте ви членом колективу, шість дітей відповіли, що - ні, а п'ятеро не знали, що відповісти на це. Троє хлопців хотіли б перейти до іншого класу, одна дівчина відповіла, що скоріше б перейшла, ніж залишилась, вісім не бачать жодної різниці, а двоє дітей не знають, що відповісти. За результатами тестування було прийнято рішення провести соціометричний тест в 7-В класі, для того, щоб розібратися, які емоційні зв'язки в цьому класі і що можна зробити, щоб поліпшити атмосферу в класі, зробити її більш дружньою та привітною.

Порівняльна оцінка ризику булінгу (ОРБ) за опитувальником А. А. Бочавер, В. Б. Кузнецової, Е. М. Біанкі, П. В. Дмитрівського, М.А. Завалишиної, Н. А. Капорской, К. Д. Хломова представлено в таблиці 3.

Таблиця 3.

Порівняльна оцінка ризику булінгу в досліджуваних класах

Запитання	ТАК		t- крит.	НІ		t- крит.
	7-Б	7-В		7-Б	7-В	
1. У вашому класі прийнято:...		16	49,50		16	70,71
1.1. заважати один одному, лізти, приставати?	9			26		
1.2. разом розважатися після уроків;	29	14	106,07	6	18	84,85
1.3. жартувати над ким-небудь так, щоб сміявся весь клас;	12	14	14,14	23	18	35,36
1.4. битися;	8	12	28,28	27	20	49,50
1.5. ходити один до одного в гості;	24	12	84,85	11	20	63,64
1.6. заступатися за своїх;	32	18	98,99	3	14	77,78
1.7. обзиватися;	7	11	28,28	28	21	49,50
1.8. не заважати один одному займатися, чим захочеться.	30	21	63,64	5	11	42,43
2. У вашому класі є хтось:		18	63,64		14	42,43
2.1. кого всі поважають;	27			8		
2.2. кого всі бояться;	7	12	35,36	28	20	56,57
2.3. над ким всі сміються;	6	13	49,50	29	19	70,71
2.4. ким часто незадоволені вчителі;	31	30	7,07	4	2	14,14
2.5. на кого хочеться бути схожим;	16	10	42,43	18	22	28,28
2.6. з ким краще не сперечатися;	14	17	21,21	21	15	42,43
2.7. хто ніколи не прогулює;	31	21	70,71	4	11	49,50
2.8. з ким навіть вчитель не може впоратися.	32	30	14,14	3	2	7,07
3. Як до вас в класі звертаються зазвичай вчителя?		27	35,36		5	14,14
3.1. по імені;	32			3		
3.2. по імені та по батькові;	5	4	7,07	30	28	14,14
3.3. на прізвище;	32	30	14,14	3	2	7,07
3.4. на прізвиська.	2	2	0,00	33	30	21,21
4. Коли в школі відбувається бійка, ви ...		7	56,57		26	42,43
4.1. дивуетесь;	15			20		
4.2. не звертаєте уваги, це звичайна справа;	9	22	91,92	26	10	113,14
4.3. приєднуєтесь, вставши на чиюсь сторону;	5	2	21,21	30	33	21,21
4.4. багато це потім обговорюєте між собою в класі.	23	13	70,71	12	19	49,50
5. Цінні речі ...		16	21,21		16	42,43
5.1. намагаюся не носити в школу взагалі;	13			22		
5.2. спокійно залишаю в класі;	12	12	0,00	23	20	21,21
5.3. можна залишити в коридорі;	3	3	0,00	32	29	21,21
5.4. був випадок, що вкрали;	20	21	7,07	15	11	28,28
5.5. залишаю в роздягальні.	11	6	35,36	24	26	14,14
6. Виклик до директора - це ...		11	70,71		21	49,50
хочуть за щось похвалити;	21			14		
7. У вашій школі мат, лайки ...		27	28,28		5	49,500
7.1.; звучать на перервах в особистих розмовах	23			12		
7.2. не прийняті взагалі.	15	5	70,71	20	27	49,50
8. У вашій школі ...			0,00	33	30	21,21
курять в туалетах, під сходами.	2	2				
9. У вашій школі стіни, меблі ...			0,00	27	24	21,21
списані, забруднені.	8	8				
10. Якщо хтось починає кричати, або битися, або клас «встає на вуха», що потрібно, щоб це припинилося:		16	77,78		16	56,57
10.1. хтось із учнів повинен сказати «досить»;	27			8		
10.2. повинен прийти директор;	20	24	28,28	15	8	49,50
10.3. це припиниться, коли всі втомляться.	10	15	35,36	25	17	56,57
11. У школі вам ...		22	91,92		10	70,71
11.1. в цілому подобається, приємно, цікаво.	35			0		
11.2. в цілому не подобається, погано, ніхто ні з ким не дружить.	0	10	70,71	35	22	91,92
12. Перерву я проводжу, заходячи к друзям в інші класи	10	8	14,14	25	24	7,07
13. Коли ваш клас їде кудись з вчителями:		16	28,28		16	7,07
13.1. це звичайна ситуація;	20			15		
13.2. вам це подобається, це весело;	33	20	91,92	2	12	70,71
13.3. ви намагаєтесь не їздити;	2	9	46,50	33	23	70,71
13.4. учителям це складно, вони кожен кажуть, що це «в останній раз».	8	13	35,36	27	19	56,57
14. Ваш клас має репутацію:		5	7,07		27	14,14
14.1. відмінників;	6			29		
14.2. хуліганів;	10	15	35,36	25	17	56,57
14.3. звичайнісінького, нічим не відрізняється від інших класів в школі;	32	21	77,78	3	11	56
14.4. класу, в якому ніхто не хоче бути класним керівником.	2	33	219,20	1	16	106,07

Як видно з наведеної таблиці, показники ризику булінгу в 7-В класі статистично значимо відрізняються від таких у 7-Б класі.

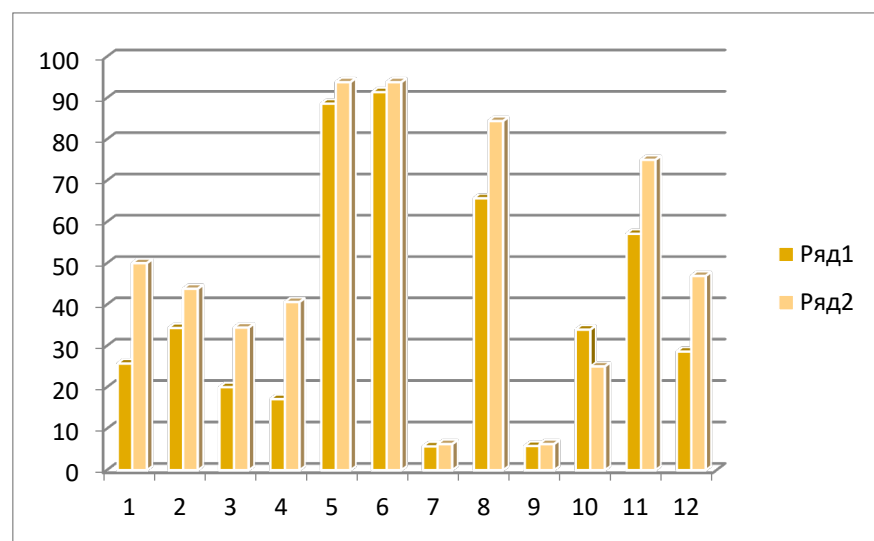
Шкала небезпеки вимірює ступінь нормалізації неповаги, небезпеки і нехтування правилами і кордонами. Високі показники за цією шкалою говорять про посилення суб'єктивного відчуття небезпеки у учасників групи і підвищений ризик різних дезадаптивних способів впоратися з тривогою, в тому числі з цькуванням, інших форм агресивної поведінки. До шкали небезпеки входять 16 питань опитувальника (максимальна кількість балів 16), за кожен позитивну відповідь на 12 з цих питань зараховується бал, та за кожен негативну відповідь на 4 інших питання також зараховується бал (таб.4– а, б; рис. 7.- а,б).

Таблиця 4.

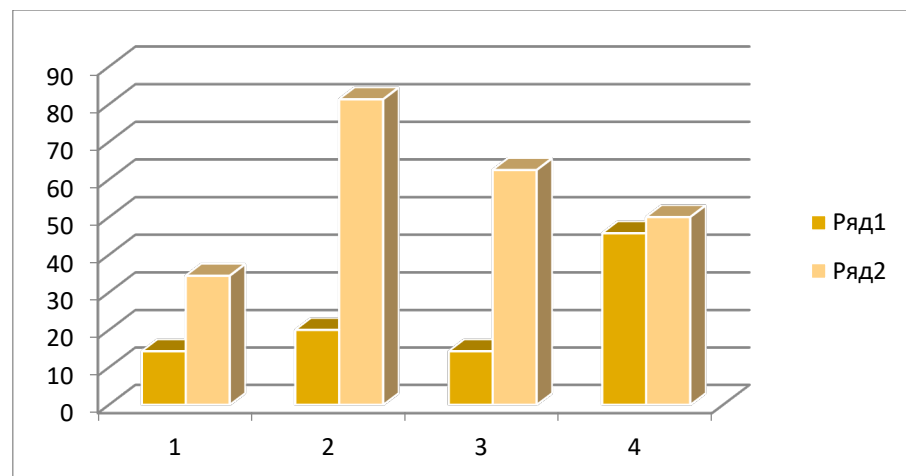
Порівняння досліджуваних класів за шкалою небезпеки булінгу

№ з/п	Запитання	7-Б		7-В		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей	Відношення шансів (OR)
		абс. число	%	абс. число	%		
А							
1.	В класі прийнято заважати один одному, лізти, приставати	9	25,7	16	50,0	49,50	2,889
2.	В класі прийнято жартувати над ким-небудь так, щоб сміявся весь клас	12	34,3	14	43,8	14,14	1,491
3.	В класі прийнято обзиватися	7	20,0	11	34,4	28,28	2,095
4.	У класі є хтось над ким всі сміються	6	17,1	13	40,6	49,50	3,307
5.	У класі є хтось ким часто незадоволені вчителі	31	88,6	30	93,8	7,07	1,935
6.	У класі є хтось з ким навіть учитель не може впоратися	32	91,4	30	93,8	14,14	1,406
7.	Вчитель в класі звертається до учнів на прізвиська	2	5,7	2	6,25	0,00	1,100
8.	Мат, лайки в школі звучать на перервах в особистих розмовах	23	65,7	27	84,4	28,28	2,817
9.	В школі курять під сходами, в туалетах	2	5,8	2	6,25	0,00	1,100
10.	В школі парти та стіни брудні та списані	8	33,9	8	25,0	0,00	1,208
11.	Якщо клас «встає на вуха», щоб припинити це, повинен прийти директор	20	57,1	24	75,0	28,28	2,250

№	Запитання	7-Б		7-В		t-критерій	Відношення
12.	Клас має репутацію хуліганів	10	28,6	15	46,9	35,36	2,206
Б							
13.	В класі прийнято не заважати один одному займатися, чим захочеться	5	14,3	11	34,4	42,43	3,141
14.	Коли в школі відбувається бійка, ви дивуєтесь	7	20,0	26	81,3	134,35	17,333
15.	Мат, лайка в школі не прийнята взагалі	5	14,3	20	62,5	106,07	10,000
16.	Якщо клас «встає на вуха», щоб припинити це, хтось з учнів повинен сказати «досить»	16	45,7	16	50,0	0,00	1,188



а



б

Рис.7. Порівняння класів за шкалою небезпеки булінгу (а – відповіді «ТАК», б – відповіді «НІ»; ряд 1 – 7-Б, ряд 2 – 7-В класи)

Як видно з таблиці та наочно представлено на рисунку, в 7-В класі за більшістю питань даної шкали показники булінгу істотно відрізняються від таких в 7-Б класі. В 7-Б класі майже половина опитаних дітей вказали, що обзивання, насмішки та приставання є фактично звичайною поведінкою та манерою спілкування в даному колективі, при цьому вчителі недостатньо володіють ситуацією, висловлюють своє незадоволення – і при цьому не можуть впоратися з деякими учнями, на що сказали 93,8% опитаних 7-В класу. В 7-Б класі за такими показниками ситуація теж не є втішною, ствердно відповіли на запитання шкали про незадоволення та безпорадність учителів від 91,4% до 88,6% учнів 7-Б класу. Однак приставання, насмішки та обзивання зустрічаються в 7-Б класі майже вдвічі рідше, ніж у 7-В класі.

Звертає увагу той прикрий факт, що в обох класах на перервах і в особистих розмовах учні вживають лайку, нецензурну мову, на що вказали 65,7% учнів 7-Б та аж 84,4 % учнів 7-В класів. Понад чверть учнів зазначили, що в класах парти і стіни брудні та списані, що віддзеркалює негативне ставлення учнів загалом до навчання, шкільної обстановки, невдоволення ситуацією, і цей спротив, при нездатності вирішити проблемні питання, виявляється в псуванні шкільного майна. Отже, цілком логічно впливають відповіді чверті учнів 7-Б та половини учнів 7-В класу про те, що клас має репутацію хуліганів.

Отже, в обох класах спілкування між учнями містить брутальний, зневажливий характер, вчителі невдоволені та безпорадні, вплинути на поведінку учнів може хіба що директор школи, при тому що даних про наявність конкретних неформальних лідерів у класах не виявлено. Стіни й парти в класах брудні списані. Тобто, ні психологічна, ні зовнішня обстановка не заохочує до навчання.

Однак негативні прояви, маючи місце в обох класах, в 7-В за рядом показників перевищують такі в 7-Б класі майже вдвічі, що свідчить про підвищений ризик булінгу в цьому класі. Порівняння 7-Б та 7-В класів за шансами виникнення булінгу по кожному з 16 показників шкали, показало

наявність істотних взаємозв'язків можливості булінгу з відповідними факторами, тому що показник OR за всіма показниками шкали перевищив 1, знаходячись за межами довірчого інтервалу. Особливо значимими щодо ризику булінгу є зневажання, приниження один одного, насмішки, брутальний стиль розмови з нецензурними висловлюваннями, схильність до бійки та її схвалення. Саме за цими параметрами в 7-Б класі виявилася більш ризикована ситуація щодо виникнення булінгу, ніж у 7-В.

Шкала благополуччя характеризує стійкість кордонів, дотримання правил і утвердження поваги як норми в групі. Високі показники за цією шкалою вказують на реалізацію цінності поваги, яка представляє собою якісну альтернативу цінності влади і сили і служить фактором захисту від ризику розвитку ситуацій булінгу.

До шкали благополуччя входять 11 питань опитувальника (максимальна кількість балів 11), за кожен позитивну відповідь на 6 із цих питань зараховується бал, та за кожен негативну відповідь на 5 інших питань також зараховується бал (таблиця 5. а, б; рис. 8. а, б).

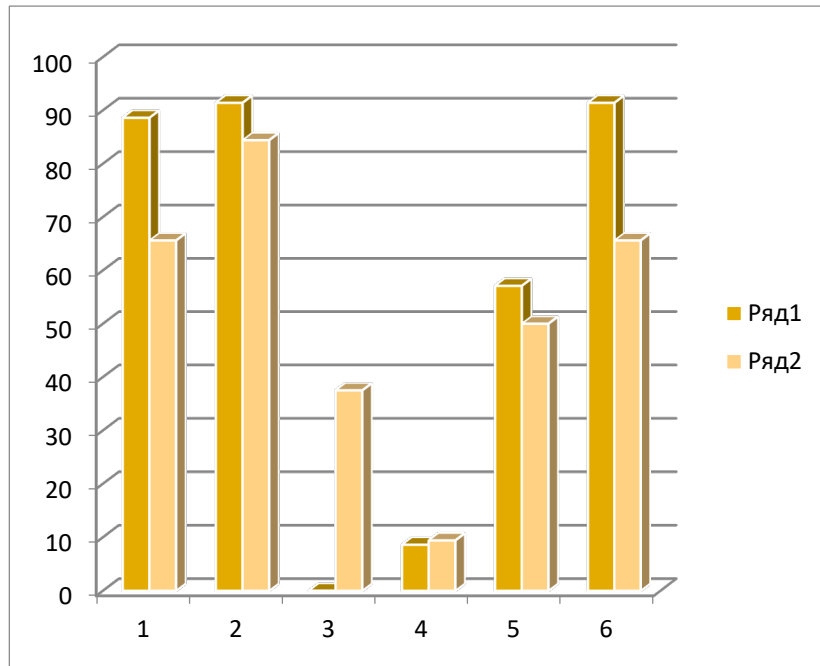
Як бачимо, за більшістю показників даної шкали між досліджуваними класами є статистично значима різниця, причому 7-В клас виявляється менш благополучним у порівнянні з 7-Б класом, хоча в цілому обидва класи за цією методикою виявилися відносно благополучними. При цьому, шанси розвитку булінгу, як показує ця методика, в значній мірі залежать від учителів, висловлювання якими невдоволення учнями істотно збільшує ризик булінгу.

Шкала роз'єднаності спрямована на оцінку відсутності згуртованості, величини дистанції між підлітками, а також між ними і вчителями, пов'язаними з відсутністю інструментів впливу друг на друга. Високі показники характеризують неконтрольованість групи і вибір стратегії уникнення контактів серед учасників в силу відсутності підтримки і можливості діалогу. Це не обумовлює булінг безпосередньо, проте при розвитку ситуації цькування знижує ймовірність його припинення, оскільки в групі відсутні взаємовиручка і підтримка.

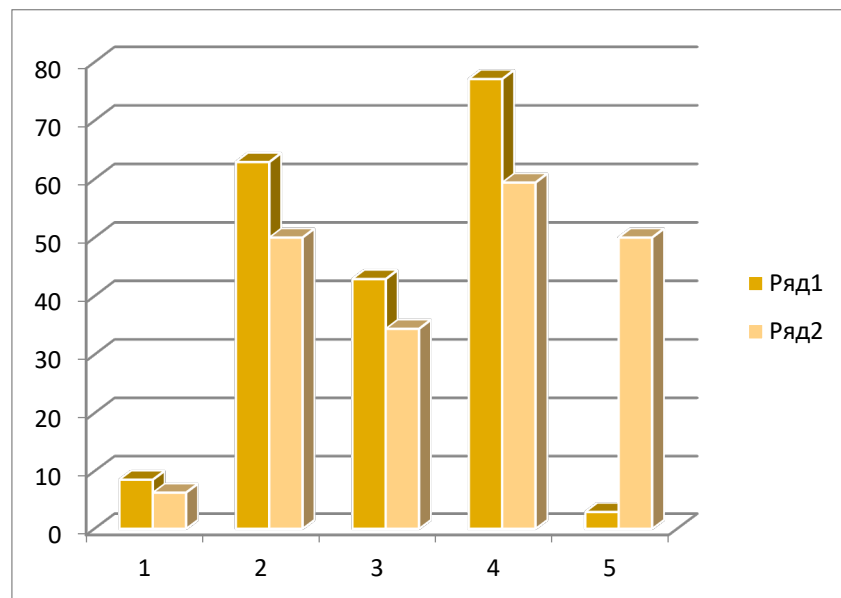
Таблиця 5.

Порівняння досліджуваних класів за шкалою благополуччя

№ з/п	Запитання	7-Б		7-В		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей	Відношення шансів (OR)
		абс. число	%	абс. число	%		
А							
1.	У класі є хтось хто ніколи не прогулює	31	88,6	21	65,6	70,71	0,246
2.	Вчитель в класі звертається до учнів по імені	32	91,4	27	84,4	35,36	0,506
3.	Цінні речі можна спокійно залишати в класі	12	34,38,	12	37,5	0,00	1,150
4.	Цінні речі можна залишати в коридорі	3	8,6	3	9,4	0,00	1,103
5.	Коли ваш клас їде кудись з вчителями це звичайна ситуація	20	57,1	16	50,0	28,28	0,750
6.	Клас має репутацію звичайнісінького, нічим не відрізняється від інших класів в школі	32	91,4	21	65,6	77,78	0,172
Б							
7.	Вчитель в класі звертається до учнів на прізвище	3	8,5	2	6,25	7,07	0,711
8.	Цінні речі намагаюся в школу не носити взагалі	22	62,9	16	50,0	42,43	0,591
9.	Був випадок, що вкрали цінні речі	15	42,9	11	34,4	28,28	1,925
10.	Коли ваш клас їде кудись учителям це складно, вони кожен раз кажуть, що «це в останній раз»	27	77,1	19	59,4	56,57	0,433
11.	Клас має репутацію, в якому ніхто не хоче бути класним керівником	1	2,89	16	50,0	106,107	34,000



а



б

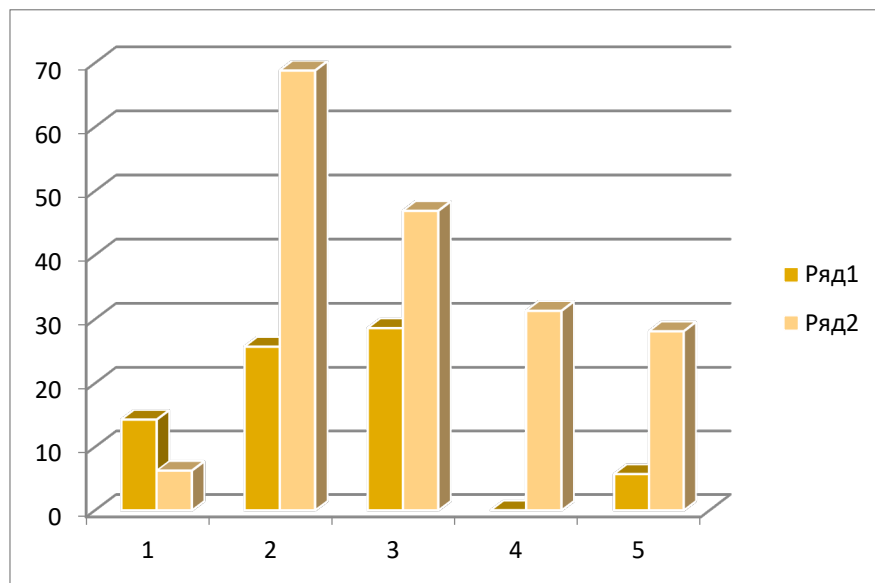
Рис.8. Порівняння класів за шкалою благополуччя щодо булінгу (а – відповіді «ТАК», б – відповіді «НІ»; ряд 1 – 7-Б, ряд 2 – 7-В класи)

До шкали роз'єднаності входять 10 питань (максимальна кількість балів 10), за кожну позитивну відповідь на 5 з цих питань зараховується бал, та за кожну негативну відповідь на 5 інших питань також зараховується бал (таблиця 6 а, б; рис.9. а, б).

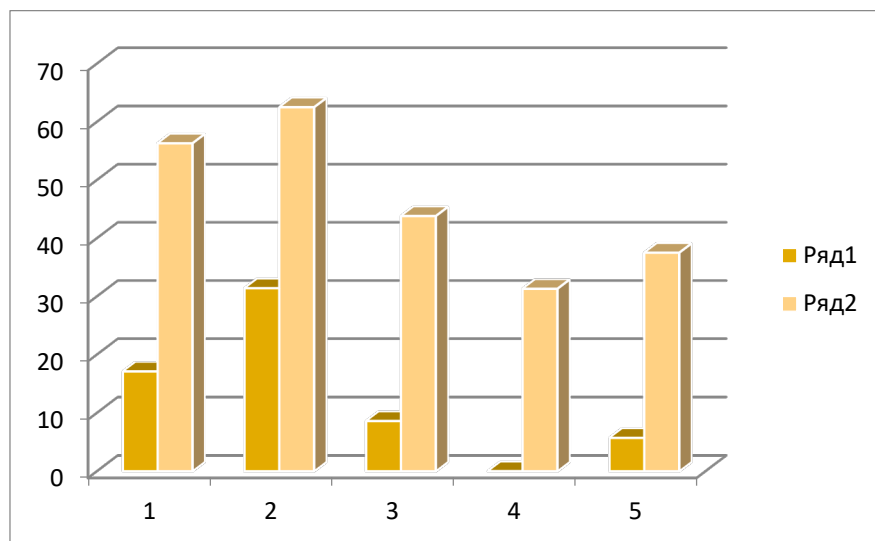
Таблиця 6.

Порівняння досліджуваних класів за шкалою роз'єднаності

№ з/п	Запитання	7-Б		7-В		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей	Відношення шансів (OR)
		абс. число	%	абс. число	%		
А							
1.	У вашому класі прийнято битися	5	14,3	2	6,25	21,21	0,4000
2.	Коли в школі відбувається бійка, ви не звертаєте уваги, це звичайна справа	9	25,7	22	68,8	91,92	6,356
3.	Якщо хтось починає кричати, або битися, або клас «встає на вуха», це припиниться, коли всі втомляться	10	28,6	15	46,9	35,36	2,206
4.	У школі вам в цілому не подобається, погано, ніхто ні з ким не дружить	0	0	10	31,3	70,71	-
5.	Коли ваш клас їде кудись, ви намагаєтеся не їздити	2	5,71	9	28,1	49,50	6,457
Б							
6.	У вашому класі прийнято разом розважатися після уроків	6	17,1	18	56,3	84,85	6,214
7.	У вашому класі прийнято ходити один до одного в гості	11	31,4	20	62,5	63,64	1,983
8.	У вашому класі прийнято заступатися за своїх	3	8,6	14	43,8	77,78	8,296
9.	У школі вам в цілому подобається, приємно, цікаво	0	0	10	31,3	70,71	-
10.	Коли ваш клас їде кудись, вам це подобається, це весело	2	5,71	12	37,5	70,71	9,900



а



б

Рис. 9. Порівняння класів за шкалою роз'єднаності (а – відповіді «ТАК», б – відповіді «НІ»; ряд 1 – 7-Б, ряд 2 – 7-В класи)

Як добре видно з рисунку, ризик булінгу за шкалою роз'єднаності в 7-В класі є значно вищим, ніж у 7-Б класі. Різниця показників між класами є статистично значимою, що відображено в таблиці. Відсутність згуртованості і взаємодопомоги збільшують шанси виникнення булінгу в 7-В класі.

До шкали рівноправності входять 11 питань (максимальна кількість балів 11), за кожну позитивну відповідь на будь-яке з цих питань зараховується бал (таблиця 7., рис.10.).

Таблиця 7.

Порівняння досліджуваних класів за шкалою рівноправності

№ з/п	Запитання	7-Б		7-В		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей	Відношення шансів (OR)
		абс. число	%	абс. число	%		
1.	У класі є хтось кого всі поважають	27	77,1	18	56,3	63,64	0,381
2.	У класі є хтось кого всі бояться	7	20,0	12	37,5	35,36	2,400
3.	У класі є хтось на кого хочеться бути схожим	16	45,7	10	31,3	42,43	0,511
4.	У класі є хтось з ким краще не сперечатися	14	40,0	17	53,1	21,21	1,700
5.	Вчитель в класі звертається до учнів по імені та по батькові	5	14,3	4	12,5	7,07	0,857
6.	Коли в школі відбувається бійка, ви приєднуєтесь, вставши на чиюсь сторону	5	14,3	2	6,25	21,21	0,400
7.	Коли в школі відбувається бійка, ви багато це потім обговорюєте між собою в класі	23	65,7	13	40,6	70,71	0,357
8.	Цінні речі можна залишати в роздягальні	11	31,4	6	18,8	35,36	0,503
9.	Виклик до директора - це хочуть за щось похвалити	21	60,0	11	34,4	70,71	0,349
10.	Перерву я проводжу, заходячи к друзям в інші класи	10	28,6	8	25,0	14,14	0,833
11.	Клас має репутацію відмінників	6	17,1	5	15,6	7,07	0,895

За шкалою рівноправності також виявлено статистично значимі відмінності показників 7-Б та 7-В класів, що особливо помітно на рисунку.

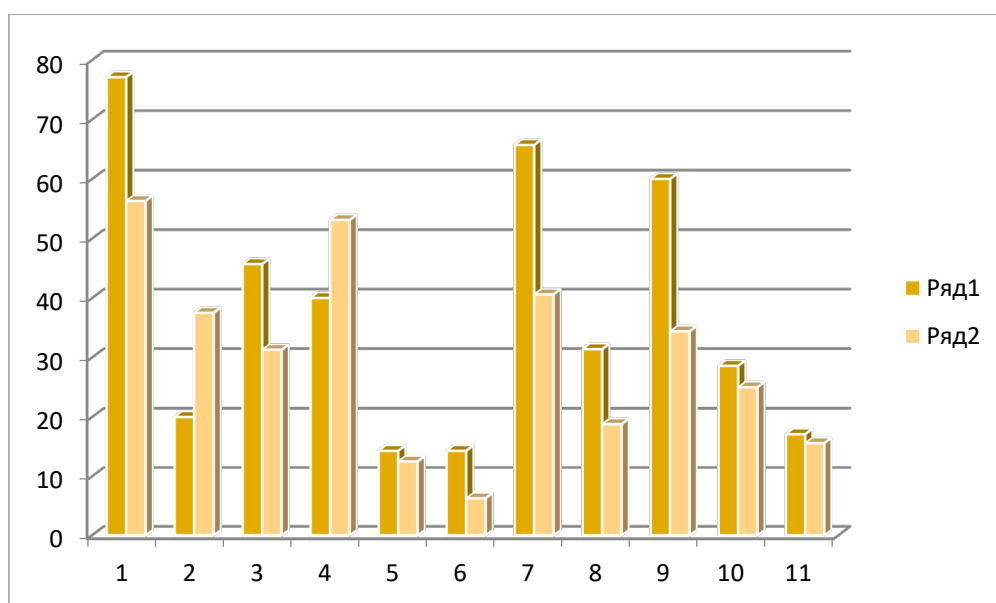


Рис.10. Порівняння показників ризику булінгу в 7-Б та 7-В класах за шкалою рівноправності (ряд 1- 7-Б клас, ряд 2 – 7-В клас)

Втім, показники за даною шкалою, як свідчать статистичні розрахунки, не підвищують істотним чином шанси виникнення булінгу в досліджуваних класах, за виключенням наявності когось, кого всі бояться та з ким краще не сперечатися. Слід зауважити, що за іншими шкалами наявність такого агресивного неформального лідера помітно не виявлялася.

Результати підрахунку середніх балів по шкалах ризику булінгу та їх порівняння наведені в таблиці 8.

Таблиця 8.

Порівняльна оцінка ризику булінгу в досліджуваних класах

Клас	шкала небезпеки (max=16)	шкала роз'єднаності (max=10)	шкала благополуччя (max=11)	шкала рівноправності (max=11)
7-Б	5,11	1,37	5,65	4,29
7-В	8,28	4,13	5,13	3,31
t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей (f=65, t _{критичне} =1,998 при α=0,05	22,42	19,52	3,68	6,93
P	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Як видно з даної таблиці, загалом показники ризику булінгу по всіх шкалах методики знаходяться приблизно на середньому рівні. Втім, виявлено статистично значиму їх відмінність по всіх шкалах між досліджуваними 7-Б та 7-В класами. При цьому, учні 7-Б класу оцінюють свій клас як більш безпечний і благополучний, ніж учні 7-В класу. Слід звернути увагу на те, що за шкалами небезпеки та роз'єднаності показники 7-В класу вдвічі перевищують такі в 7-Б класі, хоча й не досягають максимальних значень. Водночас, за шкалою благополуччя різниця між класами в показниках є хоча й статистично значимою, але не істотною, а от за шкалою рівноправності показники 7-В класу знову-таки є гіршими, ніж 7-Б класу, хоч і не настільки, як за двома першими шкалами. Таким чином, з таблиці можна визначити нерівноправність учнів 7-В класу, що спричиняє їх роз'єднаність і створює відчуття небезпеки. Натомість, учні 7-Б класу є більш рівноправними та згуртованими, мають низький бал за шкалою роз'єднаності, тому й показник за шкалою небезпеки в них майже вдвічі нижчий за такий у 7-В класі (рис.11.).

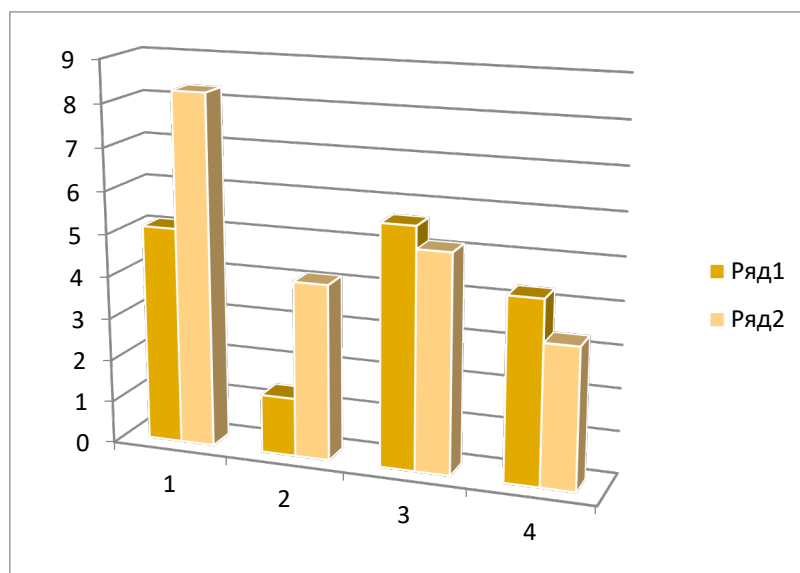


Рис.11. Порівняльна оцінка ризику булінгу в 7-Б (ряд 1) та 7-В (ряд 2) класах (шкали: 1- небезпеки, 2- роз'єднаності, 3- благополуччя, 4 – рівноправності)

Отже, ризик виникнення булінгу в 7-В класі є досить вірогідним, що потребує відповідних психопрофілактичних заходів. Шкільному психологу слід приділити особливу увагу даному колективу, провести більш глибоку

діагностику, проаналізувати соціометричний статус, спланувати психопрофілактичні заходи, залучивши до цієї роботи як учнів, так і вчителів і батьків. Варто також зауважити, що за шкалою небезпеки дівчинки оцінювали свій клас вище, ніж хлопчики. За шкалою благополуччя дівчинки також оцінюють обстановку вище, ніж хлопчики. Подібна різниця пояснюється відмінностями в розвитку хлопчиків і дівчаток. Поряд з біологічними передумовами в розвитку статевих відмінностей серйозну роль грають соціальні і культурні стереотипи. Хлопчики і дівчатка по-різному проявляють агресивність. По-різному до неї відносяться і оцінюють. Відчуття небезпеки і роз'єднаності у хлопчиків помітно вище, ніж у дівчаток. У віці 13 років проявляється невміння організувати спільну діяльність при основній потребі бути визнаним у своєму колі. Вирішення цієї проблеми в основному залежить від класного керівника або вчителя, який правильно зможе організувати спільну діяльність.

Результати психодіагностичного дослідження учнів 7-Б та 7-В класів за опитувальником В. Р. Петросянц «Ситуація булінгу в школі» показали, що ствердно відповіли на запитання щодо існування проблеми шкільного булінгу 45,7% учнів 7-Б та аж 71,9% учнів 7-В класу. Співвідношення ствердних відповідей серед хлопчиків в обох класах було майже однаковим (58,8% та 60,0%), а от дівчат, які дали відповідь «ТАК» щодо існування булінгу, в 7-Б класі було значно менше, ніж у 7-В (33,3% та 82,3% відповідно). Більшість опитаних дітей джерело булінгу вбачають серед учнів старших класів (34,3% в 7-Б та 28,1% в 7-В класах), а також серед однолітків (25,7% та 46,9%), деякі називають також учнів молодших класів (17,1% та 15,6%) – майже однакова кількість дітей в обох досліджуваних класах дали ствердну відповідь щодо молодших школярів. А от щодо вчителів, їхнє ставлення назвали причиною булінгу лише 2 хлопчики (по 1 в кожному з досліджуваних класів). Водночас, декілька учнів впевнено заперечують наявність булінгу в їхній школі, причому слід звернути увагу, що в більш благополучному 7-Б класі таких 20,0%, тоді як в 7-В класі, який становить

більший ризик щодо можливості булінгу, їх лише 6,3%. Цікаво також, що булінг заперечують 22,2% відсотки дівчаток та 17,6% хлопчиків із 7-Б класу, тоді як в 7-В класі заперечили існування булінгу лише 2 хлопчики, тоді як жодна з дівчаток цього класу не дала негативної відповіді на це запитання.

В повній безпеці відчувають себе в школі 34,2% учнів 7-Б класу та лише 28,1% учнів 7-В класу, і приблизно однакова кількість дітей (62,9% та 68,8% відповідно) в кожному класі вважають, що відчуття безпеки залежить від обставин. Не відчувають себе в безпеці лише 2 дитини – по 1 хлопчику з кожного класу,- ті ж самі, які джерелом булінгу назвали вчителів, що потребує відповідної уваги а психопрофілактично-психокорекційних заходів.

Насильство в школі заперечує приблизно половина учнів кожного класу (51,7% та 50,0% відповідно), а от ті ж самі 2 хлопчики вказують на булінг під час уроків, причому щоденний. Отже, ці діти є вразливими, відчувають негативне ставлення з боку вчителів, і становлять ризик булінгу з боку як учителів, так і учнів. Раз на тиждень відчувають булінг також 2 дівчинки (по 1 із кожного досліджуваного класу). Переважна більшість дітей стверджують, що насильство не відчували (71,4% в 7-Б та 65,6% - в 7-В класах), інші діти стикаються з проявами булінгу 1-2 рази на місяць. Серед способів булінгу перше місце посідають насмішки та ігнорування. Не втручатися в ситуацію булінгу вважають за краще 22,9% учнів 7-Б та 21,9% учнів 7-В класів, однак більшість опитаних дітей все-таки прагнуть допомогти жертві булінгу. Водночас, усі опитані діти переконують, що ніколи не брали участі в булінгу (80,0% та 75,0%) або брали раніше, давно, а тепер такого не роблять (20,0% та 15,0% відповідно) (рис.12.).

Жоден із учнів з 7-Б або 7-В класів не вказав, що він займається булінгом (анкети були анонімні). 80% учнів 7-Б класу та 75% учнів 7-В класу вказали, що ніколи не брали участь в булінгу. 20% учнів 7-Б класу та 25% учнів 7-В класу вказали, що раніше брали участь в булінгу, але тепер ні.

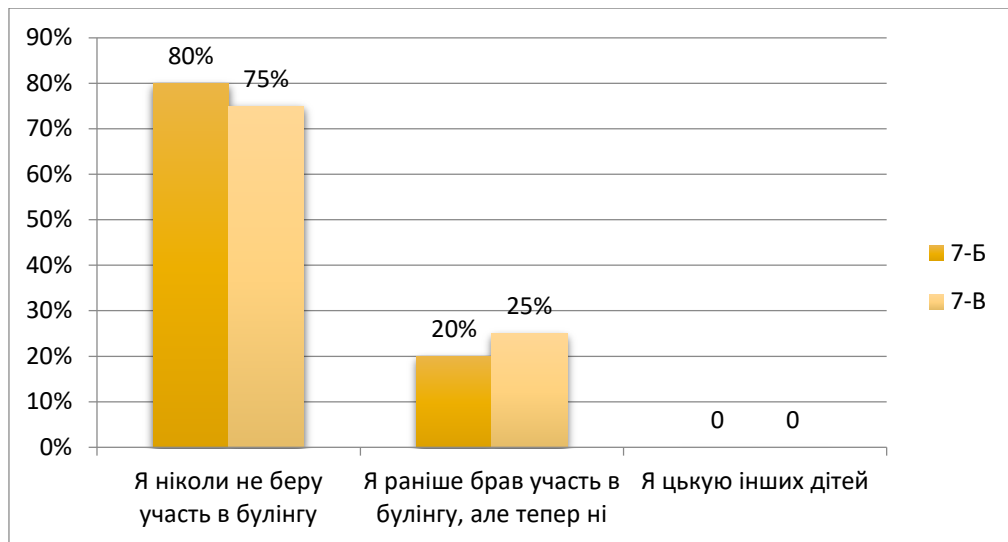


Рис.12. Наявність буллі серед учнів 7-Б (ряд 1) та 7-В (ряд 2) класу

Також більшість учнів вказували, що вони не відчували ні психічного, ні фізичного насилля, але при цьому зазначали один або більше методів булінгу, які інші учні використовували до них. Це може пояснюватися тим, що це були одиночні випадки, які не мали систематичного характеру, що характерно для самого булінгу.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Загалом показники ризику булінгу по всіх шкалах методики знаходяться приблизно на середньому рівні по двом класам. Але ризик виникнення булінгу в 7-В класі є більш вірогідним, що потребує відповідних психопрофілактичних заходів. Шкільному психологу слід приділити особливу увагу даному колективу, провести більш глибоку діагностику, проаналізувати соціометричний статус, спланувати психопрофілактичні заходи, залучивши до цієї роботи як учнів, так і вчителів і батьків.

Провідною проблемою діагностики та профілактики булінгу є те, що в українській культурі даний феномен входить в звичайний досвід і мало усвідомлюється, в силу чого його прояви часто перериваються, а наслідки і ефекти залишаються поза фокусом уваги фахівців і учасників цькування.

Експериментальне дослідження з діагностики ризику булінгу в шкільному колективі показало наявність дітей - потенційних учасників цькування в кожному класі, що підтверджує актуальність даної теми.

Дана діагностична методика може застосовуватися для вирішення таких прикладних задач, як виявлення колективів з підвищеним ризиком ситуацій цькування і створення безпечної атмосфери в навчальних групах, а також освітня і консультативна робота з вчителями і шкільною адміністрацією.

Список використаних джерел

1. Авер'янов А. І. Буллінг як виклик сучасній школі // Педагогіка, психологія та соціологія / А. І. Авер'янов - 2013. - № 18. - С. 45-50.
2. Баєва І.А. Експертна оцінка стану освітнього середовища на предмет комфортності і безпеки // Психологічна наука і освіта/ І.А. Баєва, Є.Б. Лактіонова.- 2013. -№6.-С.5-8
3. Драгунова Т.В. Вікові та індивідуальні особливості молодших підлітків /Т.В. Драгунова, Д.Б. Ельконін.- М.: Вид-во«Просвіта», 1967. -150 с.
4. Емолаєва М.В. Психологія розвитку: методичний посібник для студентів заочної та дистанційної форми навчання / М.В. Емолаєва. - М.: Видавництво ІПО «МОДЕК», 2006. – 241 с.
5. Еніколопов С.Н. Актуальні проблеми дослідження агресивної поведінки // Прикладна юридична психологія/ 2010а. Т. 2. С. 37-47.
6. Забезпечення психологічної безпеки в навчальному закладі: практичне керівництво / під ред. І. А. Баєва. СПб .: Речь, 2006. 288 с.
7. Кірюхіна А.Б. Психологічна сутність насильства // Закон і право. 2009. №2. С.50-52.
8. Мальцева О.А. Профілактика жорстокості і агресивності в шкільному середовищі і способи її подолання [Електронний ресурс].- режим доступу: http://www.academy.edu.by/files/29052013_profilaktika__zhestokosti_i__agressivnosti.pdf (дата звернення: 04.06.2016).
9. Ожієва Е. Н. Буллінг як різновид насильства. Шкільний буллінг. [Електронний ресурс] / Є. М. Ожієва. - Режим доступу: http://www.rusnauka.com/33_NIEK_2008/Psihologia/37294.doc.htm

References

1. Aver"yanov, A. I. (2013), "Bulling as a Challenge to the Modern School", *Pedahohika, psykholohiya ta sotsiolohiya*, vol.18, pp. 45-50.
2. Bayeva, I.A. and Laktionova, Ye.B. (2013), "Expert assessment of the state of the educational environment for the subject of comfort and safety", *Psykhologichna nauka i osvita*, vol. 6., pp.5-8
3. Drahunova, T.V. and El'konin, D.V. (1867), *Vikovi ta indyvidual'ni osoblyvosti molodshykh pidlitkiv* [Age and peculiarities of younger teens], Vyd-vo«Prosvita»,Moscow, Russia.
4. Emolayeva, M.V. (2006), *Psykhologhiya rozvytku: metodychnyy posibnyk dlya studentiv zaочноyi ta dystantsiynoyi formy navchannya* [Developmental Psychology: a methodological manual for students of distance and distance learning], Vyd.-vo IPO «MODEK», Moscow, Russia.
5. Enykolopov, S.N. (2010), "Actual problems of the study of aggressive behavior", *Prykladna yurydychna psykholohiya*, vol. 2, pp. 37-47.
6. Bayeva, I.A. (2006), *Zabezpechennya psykhologichnoyi bezpeky v navchal'nomu zakladi: praktychne kerivnytstvo* [Ensuring psychological safety in an educational institution: practical guidance], Rech', SPb, Russia.
7. Kiryukhina, A.B. (2009), "Psychological essence of violence", *Zakon i pravo*, vol. 2, pp. 50-52.
8. Malceva, O.A. (2016), Prevention of cruelty and aggression in the school environment and ways to overcome it [Online], available at: http://www.academy.edu.by/files/29052013_profilaktika_zhestokosti_i_agressivnosti.
9. Ozhieva, E. N. "Bulling as a form of violence. School bouling" [Online], available at: http://www.rusnauka.com/33_NIEK_2008/Psihologia/37294.doc.htm

УДК 613.8:159.944

Жарок Анна Олександрівна, магістр психології, ПрАТ «ВНЗ «МАУП»,
02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2981-7714>

Туриніна Олена Леонтіївна, кандидат психологічних наук,
професор кафедри психології, ПрАТ «ВНЗ «МАУП», 02000, вул.
Фрометівська, 2, м. Київ, Україна

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3810-2040>

ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ ЗАПОБІГАННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПСИХОЛОГІВ

Анотація

Ключові слова: професія психолога, емоційне вигорання, психопрофілактика.

Постановка проблеми. Професія психолога несе в собі низку ризиків для особистості, зокрема, синдром емоційного вигорання, який створює умови неякісного консультування та може закріпити негативні тенденції для клієнтів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Синдром емоційного вигорання – це вироблений особистістю механізм психологічного захисту, в вигляді повного або часткового виключення почуттів, у відповідь на певні психотравмуючі впливи, тісно пов'язаний із психосоматичним самопочуттям, а, відтак, станом, що передує хворобам. Проблемі емоційного вигорання присвятили свої праці такі дослідники, як В. В. Бойко, Л. М. Карамушка, Т. В. Темірова та ін., вони досліджували структурі елементи та змістову частину вигорання, визначали основні причини його виникнення, створювали психодіагностичну базу для дослідження, однак залишаються

значні прогалини в розумінні цього поширеного феномену в його основних факторах та проявах.

Формулювання мети статті. Мета полягає у виявленні особливостей емоційного вигорання в психологів та визначенні ефективних форм та методів роботи щодо його запобігання.

Виклад основного матеріалу. Емоційне вигорання негативно позначається на діяльності людини, оскільки призводить до емоційного та особистісного відчуження, невдоволеності собою, слідом за якими йдуть тривога, депресія, психосоматичні порушення, неадекватне емоційне реагування. За результатами дослідження було встановлено, що в групі психологів найвищий щабель цінностей посідають допомога іншому, спілкування та здоров'я, і в них сформована III фаза емоційного вигорання – виснаження, інші дві перебувають на стадії формування.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Розвиток емоційного вигорання спричиняє незадоволення основних потреб особистості, резонанс із цінностями особистості та емоційною спрямованістю. Укладений нами комплекс заходів психологічної дії, забезпечує оптимальний корекційний та профілактичний ефект вигорання: фази вигорання призупинили свій розвиток та при продовженні індивідуальної роботи мають змогу перейти в стадію не сформованості.

Аннотація

Жарок А. О., магістр психології; **Туринина Е. А.,** кандидат психологічних наук, професор кафедри психології; ЧАО «ВУЗ «МАУП»; г. Київ, Україна. **Психологіческие условия предотвращения эмоционального выгорания психологов.**

Ключевые слова: профессия психолога, эмоциональное выгорание, психопрофилактика.

Постановка проблемы. Профессия психолога несет в себе ряд рисков для личности, в частности, синдром эмоционального выгорания, который

создает условия некачественного консультирования и может закрепить негативные тенденции для клиентов.

Анализ последних исследований и публикаций. Синдром эмоционального выгорания - это выработанный личностью механизм психологической защиты, в виде полного или частичного исключения эмоций в ответ на определенные психотравмирующие воздействия, тесно связан с психосоматическим самочувствием, будучи состоянием, предшествующим болезни. Проблеме эмоционального выгорания посвящены работы таких исследователей, как: В. В. Бойко, Л. Н. Карамушка, Т. В. Темирова и др., Они исследовали структуру элементы и содержательной части выгорания, определяли основные причины его возникновения, создавали психодиагностическую базу для исследования, однако остаются значительные пробелы в понимании этого распространенного феномена в его основных факторах и проявлениях.

Формулировка цели статьи. Цель состоит в выявлении особенностей эмоционального выгорания у психологов и определении эффективных форм и методов работы по его предотвращению.

Изложение основного материала. Эмоциональное выгорание отрицательно сказывается на деятельности человека, так как приводит к эмоциональному и личностному отчуждению, неудовлетворенности собой, вслед за которыми следуют тревога, депрессия, психосоматические нарушения, неадекватное эмоциональное реагирование. По результатам исследования было установлено, что в группе психологов высшую степень ценностей занимают помощь другому человеку, общение и здоровье, и у них сформирована III фаза эмоционального выгорания - истощение, другие две фазы находятся в стадии формирования.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Развитие эмоционального выгорания приводит к неудовлетворенности основных потребностей личности, резонируя с ценностями личности и эмоциональной направленностью. Разработанный нами комплекс мероприятий

психологического воздействия, обеспечивает оптимальный коррекционный и профилактический эффект выгорания: фазы выгорания приостановили свое развитие и при продлении индивидуальной работы могут перейти в стадию несформированности.

Annotation

Zharok A. O., Magister of Psychology; **Turinina E. A.**, PhD, Professor of the Department of Psychology; The Private Joint-Stock Company Higher Educational Institution Interregional Academy of Personnel Management; Kyiv, Ukraine.

Psychological conditions to prevent burnout of psychologists.

Key words: psychology profession, emotional burnout, psychoprophylaxis.

Formulation of the problem. The psychology profession carries a number of risks for an individual, in particular, a burnout syndrome, which creates conditions for poor counseling and can reinforce negative tendencies for clients.

Analysis of recent research and publications. The burnout syndrome is a psychological defense mechanism developed by the individual, in the form of complete or partial elimination of emotions in response to certain psycho-traumatic influences, is closely associated with psychosomatic well-being, being a state preceding the disease. The work of such researchers as: V. V. Boyko, L. N. Karamushka, T. V. Temirova and others are devoted to the problem of emotional burnout. They investigated the structure of the elements and the content of the burnout, determined the main causes of its occurrence, created the psycho-diagnostic base for Studies, however, remain significant gaps in understanding this common phenomenon in its main factors and manifestations.

Formulation of the purpose of the article. The goal is to identify the features of emotional burnout in psychologists and to determine effective forms and methods of work to prevent it.

The presentation of the main material. Emotional burnout adversely affects human activity, as it leads to emotional and personal alienation, dissatisfaction with oneself, followed by anxiety, depression, psychosomatic

disorders, and inadequate emotional response. According to the results of the study, it was found that in the group of psychologists the highest level of values is occupied by helping another person, communication and health, and they have formed the third phase of emotional burnout - exhaustion, the other two phases are in the formative stage.

Conclusions and prospects for further research. The development of emotional burnout leads to dissatisfaction with the basic needs of the individual, resonating with the values of the individual and emotional orientation. The complex of measures of psychological influence developed by us, provides the optimal corrective and preventive effect of burnout: the burnout phases have suspended their development and, if the individual work is extended, they can enter the unformed stage.

Ключові слова: професія психолога, емоційне вигорання, психопрофілактика.

Постановка проблеми. Професія психолога є потрібною та незамінною, проте несе в собі низку ризиків для особистості, яка вирішила присвятити їй себе. Психологічні проблеми професійної діяльності психолога на сьогодні досліджуються активно. Проте неосяжним та незвіданим залишається синдром емоційного вигорання, який містить в собі руйнацію особи, зводить нанівець всю побудову передачі знань, створює умови неякісного консультування та може закріпити негативні тенденції для клієнтів.

Проблемі емоційного вигорання присвятили свої праці такі дослідники, як: В. В. Бойко, Л. М. Карамушка, Т.В. Темірова, Т.В. Зайчикова, І.А. Курапова, Н.М.Буллатевич, В.Є. Орел, Т. В. Н.С. Пряжников, М.В. Борисова, Н.В. Адаменко, Л. Помиткін, Х. Василькевич, І. Калашнік, С. Харченко та ін. Вони досліджували саме його структурі елементи та змістову частину вигорання, визначали основні причини виникнення, створювали

психодіагностичну базу для дослідження. Але наявність значних прогалин у розумінні цього феномену в його основних факторах та проявах, а головне - його розповсюдженість, потребує продовження дослідження.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Ретельний аналіз наукової літератури показав, що синдром емоційного вигорання – це вироблений особистістю механізм психологічного захисту у вигляді повного або часткового виключення почуттів (зниження їх енергетики) у відповідь на певні психотравмуючі впливи. Ми розглянули основні теорії синдрому емоційного вигорання і з'ясували, що єдиної і закінченої теорії немає. Дослідженням даного феномену займалися такі вчені, як :К. Маслач, В.В. Бойко, Т.В. Зайчикова, Р.С. Абрамова, В.Е Оръл і т.д. В наукових теоріях нашого часу, переважає розуміння феномену вигорання як багатогранного конструкту, набору негативних психологічних переживань, фізичного, емоційного та розумового виснаження від довготривалої напруги, пов'язаної з міжособистісними стосунками, які супроводжуються емоційною насиченістю та когнітивною складністю. Сучасні дослідження все частіше показують, що синдром емоційного вигорання тісно пов'язаний із психосоматичним самопочуттям, а відтак, станом, що передує хворобам.

Аналіз факторів і симптомів синдрому емоційного вигорання дозволяє стверджувати, що емоційне вигорання негативно позначається на виконанні людиною своєї діяльності та відносинах з партнерами, оскільки призводить до емоційної і особистісної відстороненості, незадоволеності собою, слідом за якими йде тривога, депресія, психосоматичні порушення, неадекватне емоційне реагування.

Аналізуючи літературу щодо чинників виникнення синдрому емоційного вигорання, можна зробити висновок, що цей синдром формується в людей, які в силу своєї професії змушені постійно контактувати з іншими людьми, вислуховувати їх прохання, скарги, вимоги.

Розглянуто особливості синдрому емоційного вигорання В представників різних професій, таких як: медпрацівники, психологи,

працівники сфери послуг, співробітники правоохоронних органів. Особливу увагу приділено феномену емоційного вигорання в психологів, адже вони мають специфічну роботу, що характеризується щоденним перевантаженням, самовіддачею, високою відповідальністю та дисбалансом між інтелектуально-енергетичними витримками й морально-матеріальною винагородою.

Як показав аналіз літератури, більшість науковців виділяють у психологів наступні ознаки «синдрому вигорання»:

- видозміни в поведінковій сфері (нерідко дивиться на годинник; посилюється опір виходу на роботу; нерідко запізнюється; втрачає творчі підходи до рішення заморожок та ін.);
- видозміни в емоційній сфері (спостерігається втрата почуття гумору; незмінне почуття біди, провини і самозвинувачення);
- видозміни в сфері мислення (більш конкретні думки про те, щоб кинути роботу; нездатність концентрувати увагу; ригідне мислення, що надає опір змінам; посилення підозрливості і недовірливості);
- видозміни в стані здоров'я (порушений сон; нерідкі, тривалі поточні малозначні захворювання; завищена чутливість до заразних хвороб; стомлюваність).

Формулювання мети статті. Об'єкт нашого дослідження – синдром емоційного вигорання як психологічний феномен. Предмет дослідження – психологічні умови запобігання емоційного вигорання в психологів. Мета дослідження полягає у виявленні особливостей синдрому емоційного вигорання в психологів та визначенні ефективних форм та методів роботи щодо його запобігання.

Відповідно до поставленої мети, були визначені такі завдання:

1. На основі теоретичного аналізу, визначити передумови виникнення та розвитку синдрому емоційного вигорання в психологів.
2. Шляхом емпіричного дослідження визначити особливості синдрому емоційного вигорання в психологів.

3. Визначити та впровадити ефективні форми та методи роботи щодо запобігання синдрому емоційного вигорання в психологів.

Виклад основного матеріалу. За результатами дослідження 45 осіб – психологів-консультантів - нами було встановлено, що в респондентів цієї досліджуваної групи психологів сформована III фаза емоційного вигорання – виснаження, інші дві фази перебувають на стадії формування. Дані психодіагностичних методик надають змогу визначити основні тенденції та особливості даної групи та особистостей. Проаналізувавши дані первинного дослідження, можна стверджувати, що головними потребами досліджуваних психологів є гарні умови роботи, комфортна обстановка та відчуття потрібності, а також відчуття виконання корисної роботи. В них переважає тривожність та екстраверсія, відчуття незахищеності, та водночас вони прагнуть розширювати свої контакти, тобто, відкриті до спілкування та пізнання нового.

Для психологів, найвищий щабель цінностей посідають допомога іншому, спілкування та здоров'я, яке може свідчити проте, що на них покладають низку важливих завдань і вони несуть велику відповідальність.

Коли ми звернемо увагу на емоційну направленість особистості, то в досліджуваних психологів переважає альтруїстичність, тобто, потреба в допомозі та співпраці, а також комунікативний тип, для якого характерним є потреба в спілкуванні та співпереживанні.

Спираючись на дане дослідження, можна припустити, що розвиток емоційного вигорання спричиняє незадоволення основних потреб особистості, резонанс із цінностями особистості та емоційною спрямованістю.

З урахуванням проаналізованих наукових першоджерел, результатів проведеного психодіагностичного обстеження, нами був укладений комплекс відповідних заходів психологічної дії, проведена адаптація наявного тренінгу, що забезпечує оптимальний корекційний та профілактичний ефект щодо синдрому вигорання, та здійснена емпірична перевірка розробленого

психологічного тренінгу. Теоретико-методичну основу організації програми тренінгу склали наукові положення Х. Василькевич щодо основ формування творчого потенціалу особистості психолога-практика та розвитку у фахівця психологічної служби мотиваційно-сміислової регуляції його професійного становлення та вдосконалення [3].

Психологічний тренінг виступає як опосередкована інструментальна дія, в процесі якої учасники здобувають можливості привласнити набір «культурних знарядь» для оволодіння новою поведінкою. В процесі тренінгу, як інструментальної дії, виділяються наступні етапи: виведення з внутрішнього плану в зовнішній неконструктивних елементів і моделей поведінки; побудова моделі ідеальної поведінки в зовнішньому плані; модифікація поведінки учасників групи в бік максимального наближення до еталону і закріплення його у внутрішньому плані [6].

Тренінгова дія прямує на досягнення позитивних змін учасників, підвищення ступеню їх «конгруентності» з собою і навколишнім середовищем. У зв'язку з цим, нам найбільш близьке визначення тренінгу, що надає Н. Водоп'янова, яка підкреслює, що термін «тренінг» у структурі мови слід використовувати не для позначення методів навчання, а для позначення методів розвитку здібностей до навчання або оволодіння будь-яким складним видом діяльності, зокрема, спілкуванням [4]. Крім того, що психологічний тренінг дозволяє розвивати здібності, він, до того ж, дозволяє підвищити якість взаємодії особистості з навколишнім світом. Тому нами було прийнято рішення в основі побудови програм профілактики і корекції вигорання використовувати психотренінгові технології.

Психологічний тренінг складався з 3 модулів (рис. 1) та може бути адаптованим окремо під психологів різних сфер професійної діяльності. Комплексна програма містила в собі наступні основні напрямки: заходи організаційного та методичного забезпечення; практичні заходи щодо покращання професійно-психологічної підготовки (навчання, просвітництво); заходи щодо вдосконалення психологічного рівня (система соціально-

психологічного вивчення та психологічного супроводження, попередження надзвичайних подій, формування здорового способу життя).

Проаналізувавши отримані результати психодіагностики двох досліджуваних груп, було виявлено, що показник групи А, за результатами методики «Діагностика емоційного вигорання» (В. В. Бойко), дає чітке розуміння ступеня розвитку емоційного вигорання в психологів, а також надає змогу прослідкувати по симптомах його проявлення. Так, в ході діагностування було виявлено наступні результати, представлені в таблицях 1-3.

Таблиця 1.

Результати дослідження особливостей емоційного вигорання I фази «Напруження» (за методикою В. В. Бойко)

Симптом	Не сформувався		Формується		Сформувався	
	Досліджувана група (кількість осіб у %)					
	А	Б	А	Б	А	Б
Переживання психотравмуючих обставин	40	20	33	47	27	33
Незадоволеність собою	60	33	20	47	20	20
Загнаний у кут	67	60	20	40	13	20
Тривога та депресія	33	20	40	53	7	27

Таблиця 2.

Результати дослідження особливостей емоційного вигорання II фази «Резистенція» (за методикою В. В. Бойко)

Симптом	Не сформувався		Формується		Сформувався	
	Досліджувана група (кількість осіб у %)					
	А	Б	А	Б	А	Б
Неадекватне вибіркоче емоційне реагування	47	20	33	33	20	47
Емоційно-моральна дезорієнтація	40	20	47	60	13	20
Розширення сфери економії емоцій	60	33	33	54	7	13
Редукція професійних обов'язків	40	20	54	57	13	20

Таблиця 3.

**Результати дослідження особливостей емоційного вигорання III фази
«Виснаження» (за методикою В. В. Бойко)**

Симптом	Не сформувався		Формується		Сформувався	
	Досліджувана група (кількість осіб у %)					
	А	Б	А	Б	А	Б
Емоційний дефіцит	40	20	40	33	20	47
Емоційне відокремлення	33	20	47	47	20	33
Особистісне відчуження (деперсоналізація)	33	13	47	40	13	47
Психосоматичні та психовегетативні порушення	60	37	33	53	7	13

Так, методика «Діагностика емоційного вигорання» надала змогу виявити, що в групі А (група, яка брала участь в індивідуальній та груповій роботі), не має сформованої фази емоційного синдрому. III фаза «виснаження», яка при первинному діагностуванні мала була сформована, пішла на спад і має стадію формування, а всі інші фази, тобто «напруження» та «резистенція» перебувають на стадії формування, але вже в меншій кількості психологів. Тобто, можна припустити, що фази призупинили свій розвиток та при продовженні індивідуальної роботи над собою можуть перейти в стадію несформованості.

Якщо поглянути на результати групи Б, то ситуація наступна: III фаза сформована, а I та II фаза мають такі самі показники, тобто, перебувають на стадії формування. Отже, можна стверджувати, що в даній групі синдром емоційного вигорання продовжує поетапно формуватись.

Якщо звернутися до аналізу симптомів, то можна прослідкувати наступне:

- Фаза «напруження», - то варто зазначити, що у груп А має такі показники, як: у 27% досліджуваних осіб симптом «переживання психотравмуючих обставин» сформований, а у 33% він перебуває в стадії формування – це вказує на те, що психологи почали спостерігати на собі

вплив психотравмуючих чинників професії. Проте, варто зазначити, що в 40% психологів цей симптом перебуває на стадії несформованості. Симптом «тривоги та депресії», який проявляється тривожно-депресивною симптоматикою, що відноситься до сфери професійної діяльності, а саме: почуття незадоволеності діяльністю і собою, що породжує велику напругу,- виявився сформованим лише в 20 % досліджуваних психологів, а ще в 20 % осіб він знаходиться на стадії формування. Ці показники свідчать, що в 60% він перебуває на стадії несформованості. В 20 % психологів «незадоволеність собою», що проявляється у відчуттях незадоволеності собою, обраною професією, посадою, розвивається при неможливості конструктивного вирішення ситуації, перебуває на стадії сформованості, тоді як також у 20 % осіб даний елемент формується, а в 60% досліджуваних психологів – не сформований. Симптом «загнаний у кут», для якого характерним є відчуття безвиході, що розвивається при марних спробах усунути тиск психотравмуючих обставин,- це стан «інтелектуально-емоційного затору». Цей симптом не сформований у 67% досліджуваних осіб, проявляється в 13% досліджуваних як сформований симптом, а в 40 % досліджуваних він перебуває на стадії формування.

Якщо звернутися до результатів дослідження групи Б, то ми можемо прослідкувати наступне: в 33% осіб симптом «переживання психотравмуючих обставин» сформований, а в 47% він перебуває в стадії формування – це вказує на те, що психологи почали спостерігати на собі вплив психотравмуючих чинників професії. Симптом «тривоги та депресії», який проявляється тривожно-депресивною симптоматикою, яка відноситься до сфери професійної діяльності, а саме: почуття незадоволеності діяльністю і собою, що породжує велику напругу,- сформованим виявився в 20%, а в 47% досліджуваних осіб він знаходиться на стадії формування. В досліджуваних психологів виявлено також симптом «незадоволеність собою», що проявляється у відчуттях незадоволеності собою, обраною професією, посадою, розвивається при неможливості конструктивного

вирішення ситуації та в 20% досліджуваних перебуває на стадії сформованості, а в 47 % респондентів даний елемент формується. Симптом «загнаний у кут», для якого характерно відчуття безвиході, що розвивається при марних спробах усунути натиск психотравмуючих обставин, - це стан «інтелектуально-емоційного затору», який в 20% досліджуваних проявляється як сформований, а в 40% досліджуваних - перебуває на стадії формування.

Фаза «резистенція», яка відповідає за формування захисту від надмірної перевтоми,- за результатами групи А, в 47% опитаних виявлено симптом «неадекватне вибіркоче емоційне реагування», що спостерігається у випадках, коли професіонал перестає вловлювати різницю між двома явищами, що принципово відрізняються, та характеризується економним проявом емоцій і неадекватним вибіркочим емоційним реагуванням. Тобто, професіонал неадекватно «економить» на емоціях, обмежує емоційну віддачу за рахунок вибіркового реагування на ситуації суб'єктів діяльності; емоційний контакт встановлюється не з усіма суб'єктами, а за принципом «хочу–не хочу» - неадекватним або вибіркочим чином. Даний симптом в 47% не сформований, у 33 % респондентів – формується, а у 20 % - сформований. Симптом «емоційно-моральна дезорієнтація» сформований у 13% досліджуваних психологів, у 47 % – він перебуває на стадії формування, а в 40 % – не сформований. Він виявляється в тому, що у працівника емоції не спонукають або недостатньо стимулюють етичні відчуття. Показник «редукція професійних обов'язків», що виявляється в спробах полегшити або скоротити обов'язки, які вимагають емоційних витрат, сформований в 7 %, а у 33% осіб - у стадії формування, проте в 60 % - не сформований. Розширення сфери економії емоцій не сформоване лише в 40% осіб, тоді я у 54 % цей симптом перебуває в фазі формування, а в 13% він є вже сформованим. Даний симптом розвивається, коли на роботі фахівець так втомлюється від контактів, розмов, відповідей на запитання, що йому не хочеться спілкуватися навіть із близькими.

В досліджуваній групі Б ми можемо прослідкувати, що в 47% опитаних спостерігається симптом «неадекватне вибіркоче емоційне реагування», що спостерігається у випадках, коли професіонал перестає уловлювати різницю між двома явищами, що принципово відрізняються: економним проявом емоцій і неадекватним вибіркочим емоційним реагуванням. Тобто, професіонал неадекватно «економить» на емоціях, обмежує емоційну віддачу за рахунок вибіркового реагування на ситуації суб'єктів діяльності; емоційний контакт встановлюється не з усіма суб'єктами, а за принципом «хочу–не хочу» - неадекватним або вибіркочим чином. Даний симптом у групі Б сформований у 53%, в 47 % респондентів – формується. Симптом «емоційно-моральна дезорієнтація», що виявляється в тому, що у працівника емоції не спонукають або не достатньо стимулюють етичні відчуття, сформований у 20% психологів групи Б, в 60% – він перебуває на стадії формування. Показник «редукція професійних обов'язків», що виявляється в спробах полегшити або скоротити обов'язки, які вимагають емоційних витрат, сформований у групі Б в 20%, а у 57 % осіб - у стадії формування. Симптом «розширення сфери економії емоції» в 54 % перебуває на фазі формування, а у 13 % він уже сформований.

«Виснаження» – третя фаза, що вказує на виражені падіння загального тону і ослабленню нервової системи, а емоційний захист стає невід'ємним атрибутом особи у досліджуваних виявився сформованим, у 55 % осіб він наявний, а у 25% досліджуваних він на стадії формування.

В групі А симптом «емоційний дефект», для якого є характерним відчуття, що емоційно професіонал вже не може допомогти суб'єктам своєї діяльності, також виявляє менший прояв позитивних емоцій і частіше – негативних, наприклад, різкість, дратівливість,- виявлено сформованим у 20% психологів, у 40% він знаходиться на стадії формування, а в 40 % досліджуваних він не сформований. Симптом «особистісного відчуження», для якого характерним є те, що працівник майже повністю виключає емоції зі сфери своєї професійної діяльності, сформований у 13 % осіб, у 47% –

формується, а у 33% осіб не сформований. «Емоційне відокремлення», для якого характерне те, що відчувається повна або часткова втрата інтересу до людини, було визначено, що він не сформований у 33%, а перебуває на стадії формування у 47% досліджуваних, у 20 % досліджуваних він сформувався. Симптом «психосоматичні та психовегетативні порушення», що проявляється на рівні психічного і фізичного самопочуття, сформувався лише в 7% досліджуваних.

У групі Б симптом «емоційний дефект», для якого характерним відчуття, що емоційно професіонал вже не може допомогти суб'єктам своєї діяльності, також виявляє менший прояв позитивних емоцій і частіше проявляються негативні, наприклад, різкість, дратівливість. Цей симптом виявлено сформованим у 47% психологів даної групи, в 33% він знаходиться на стадії формування. Симптом «особистісного відчуження», для якого характерним є те, що працівник майже повністю виключає емоції зі сфери своєї професійної діяльності, сформований у 47% осіб групи Б, а в 47% – формується. «Емоційне відокремлення», при якому відчувається повна або часткова втрата інтересу до людини, виявився сформованим у 33%, а перебуває на стадії формування у 47% досліджуваних цієї групи. Симптом «психосоматичні та психовегетативні порушення», що проявляється на рівні психічного і фізичного самопочуття, в групі Б сформувався в 13% досліджуваних, а в 53% - формується.

Основними формами психокорекції синдрому емоційного вигорання у психологів є індивідуальна та групова. До індивідуальної форми можна віднести індивідуальні консультації. Її плюси полягають у тому, що психолог може не боятись оцінки з іншої сторони, осуду чи розголошення. Він перебуває зі своїми думками та намагається спиратися на власний досвід виробити та знайти певні захисні механізми.

Перевага групових форм полягає в тому, що в процесі їх проведення отримується різноманітний зворотний зв'язок та відбувається апробація

набутих навичок спілкування, відпрацьовується альтернативні форми поведінки та соціальна взаємодія.

На індивідуальних консультаціях діяльність була направлена на стабілізацію основних сфер людини : емоційно-вольову, фізіологічну та ціннісно-орієнтовну. Групова робота в собі містила роботу за програмою «Шлях до самого себе». Програма психокорекції дала змогу розглянути всі спектри власного життя.

Дані вторинного діагностування засвідчили наступне :

- По-перше – в групі А (група, яка брала участь в індивідуальній та груповій роботі), не має сформованої фази емоційного синдрому. III фаза «виснаження», яка при первинному діагностуванні мала була сформована, пішла на спад і має стадію формування, а всі інші фази, тобто «напруження» та «резистенція» перебувають на стадії формування, але уже у меншій кількості психологів. Тобто можна зробити висновок, що фази призупинили свій розвиток та при продовженні індивідуальній роботі над собою мають змогу перейти а стадію не сформованості. Якщо поглянути на результати групи Б, то ситуація наступна: III фаза сформована, і I та II фаза має ті самі показники, тобто перебувають на стадії сформування. Отже, можна стверджувати, що у даної групи синдром емоційного вигорання продовжує поетапно сформуватись.

- По-друге – дані інших методик дали змогу прослідкувати те, що дані заходи не втручаються в ціннісну, мотиваційну та емоційну спрямованість особистість .

- По – третє – виявилися зміни в індивідуально-типологічній структурі, так в групі А зменшились показники домінування тривожності та агресивності.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Розвиток емоційного вигорання спричиняє незадоволення основних потреб особистості, резонанс із цінностями особистості та емоційною спрямованістю. Укладений нами комплекс заходів психологічної дії,

забезпечує оптимальний корекційний та профілактичний ефект вигорання: фази вигорання призупинили свій розвиток та при продовженні індивідуальної роботи мають змогу перейти в стадію не сформованості.

Список використаних джерел

1. Бойко В. В. Синдром «емоційного вигорання» в професійному спілкуванні / В. В. Бойко. – СПб.: Пітер. 1999.- 434с.

2. Борисова М. В. Основні напрями профілактики та корекції професійного вигорання / Борисова М. В., Анісімова Н.П. // Ярославський педагогічний вісник– 2011 – № 2 – Т. II (Психолого-педагогічні науки). – С. 212-215.

3. Василькевич Х. М. Трудоголізм як чинник виникнення синдрому психічного вигорання психолога / Х. М.Василькевич //Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. – Київ:НПУ, 2007. – Вип.19(43) – С.21-43.

4. Водоп'янова Н. Є. Синдром вигорання: діагностика і профілактика / Водоп'янова Н. Є., Старченкова Є.С.- СПб.: Пітер, 2008.- 336 с.

5. Грисенко Н. В. Формування позитивних цінностей та відповідних їм «сильних» рис особистості як фактори попередження емоційного вигорання психолога та збереження здоров'я суб'єктів психологічного процесу [Електронний ресурс].-режим доступу: <http://virtkafedra.ucoz.ua/ik4/Grysenko.pdf>

6. Міщенко М. С. Особливості синдрому емоційного вигорання [Електронний ресурс].-Режим доступу: http://dspace.udpu.org.ua:8080/jspui/bitstream/6789/415/1/Mischenko_M.C..pdf

References

1. Boyko, V.V. (1999), *Syndrom «emotsiynoho vyhorannya» v profesiynomu spilkuvanni* [The syndrome of "emotional burnout" in professional communication], Piter, SPb, Russia.

2. Borysova, M.V. and Anisimova, N.P. (2011)“Main directions of prevention and correction of professional burnout” , *Yaroslavs'kyi pedahohichnyy visnyk*, vol. 2, T. II, pp. 212-215.

3. Vasyl'kevych, Kh.M. (2007), “Laborogolizm as a factor in the emergence of a syndrome of mental burnout of a psychologist”, *Naukovyy chasopys Natsional'noho pedahohichnoho universytetu imeni M. P. Drahomanova*, vol.19(43), pp.21-43.

4. Vodop'yanova, N.Ye. and Starchenkova, Ye.N. (2008) *Syndrom vyhorannya: diahnostyka i profylaktyka* [Burning Syndrome: Diagnosis and Prevention], Piter, SPb, Russia.

5. Hrysenko, N.V. “Formation of positive values and corresponding "strong" personality traits as factors of prevention of emotional burnout of a psychologist and preservation of health of subjects of the psychological” [Online], available at: <http://virtkafedra.ucoz.ua /ik4/Grysenko.pdf>

6. Mishchenko, M.S. “Features of the emotional burnout syndrome” [Online], available at: http://dspace.udpu.org.ua:8080/jspui/bitstream/6789/415/1/Mischenko_M.C..pdf

УДК 159.9:613.8

Заборовська Ірина Романівна, магістр психології, ПрАТ «ВНЗ «МАУП»,
02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9953-1159>

Туриніна Олена Леонтіївна, кандидат психологічних наук,
професор кафедри психології, ПрАТ «ВНЗ «МАУП», 02000, вул.
Фрометівська, 2, м. Київ, Україна

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3810-2040>

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПЕВТИЧНОГО МЕТОДУ В ПОДОЛАННІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРУДНОЩІВ КЛІЄНТІВ

Анотація

Ключові слова: гештальт-терапія, психологія.

Постановка проблеми. Соціальна значущість проблеми благополуччя особистості та недостатнє вивчення можливостей застосування методів гештальт-психології у вирішенні психологічних проблем клієнтів, зумовили вибір теми нашого дослідження.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Значний успіх гештальту пояснюється його особливою відповідністю професійним потребам працівників соціальної сфери. Теоретично доведено, що гештальт-терапія може допомогти клієнту придбати здатність свідомо обирати свою поведінку, використовуючи різні аспекти своєї особистості, повністю реалізувати свій потенціал; що гештальт-терапія є ефективним методом виховної роботи, який допомагає здоровим людям в особистісному зростанні й у реалізації їх потенційних можливостей.

Формулювання мети статті. Метою нашого дослідження стало виявлення психологічних труднощів клієнтів та визначення прийомів і технік гештальт-терапії з їх подолання.

Виклад основного матеріалу. Результати наших досліджень дозволяють стверджувати, що застосування методів та форм гештальттерапії щодо подолання психологічних труднощів клієнтів є безумовно ефективним.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Достовірність та висока результативність реалізованої психокорекційної програми щодо комплексного вирішення психологічних проблем особистості за допомогою методів гештальттерапії, дозволяє рекомендувати широке застосування розробленого алгоритму та методу гештальттерапії для різних вікових груп клієнтів, які переживають кризу ідентичності, посттравматичний синдром та інші кризові стани, що супроводжуються депресією, підвищеною тривожністю, агресивністю, ворожістю, невротизацією.

Аннотация

Заборовская И. Р., магистр психологии; **Туринина О. Л.,** кандидат психологических наук, профессор кафедри психологии; ЧАО «ВУЗ «МАУП»; г. Киев, Украина. **Особенности применения гештальт-терапевтического метода в преодолении психологических проблем клиентов.**

Ключевые слова: гештальт-терапия, психология.

Постановка проблемы. Социальная значимость проблемы благополучия личности и недостаточное изучение возможностей применения методов гештальт-психологии в решении психологических проблем клиентов, обусловили выбор темы нашего исследования.

Анализ последних исследований и публикаций. Значительный успех гештальта объясняется его особенным соответствием профессиональным потребностям работников социальной сферы. Теоретически доказано, что гештальт-терапия может помочь клиенту приобрести способность

сознательно выбирать свое поведение, используя различные аспекты своей личности, полностью реализовать свой потенциал; что гештальт-терапия является эффективным методом воспитательной работы, который помогает здоровым людям в личностном росте и в реализации их потенциальных возможностей.

Формулировка цели статьи. Целью нашего исследования стало выявление психологических трудностей клиентов и определение приемов и техники гештальт-терапии по их преодолению.

Изложение основного материала. Результаты наших исследований позволяют утверждать, что применение методов и форм гештальттерапии по преодолению психологических трудностей клиентов является безусловно эффективным.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Достоверность и высокая результативность реализованной психокоррекционной программы по комплексному решению психологических проблем личности с помощью методов гештальттерапии, позволяет рекомендовать широкое применение разработанного алгоритма и метода гештальттерапии для различных возрастных групп клиентов, которые переживают кризис идентичности, посттравматический синдром и другие кризисные состояния, сопровождающиеся депрессией, повышенной тревожностью, агрессивностью, враждебностью, невротизации.

Annotation

Zaborovs'ka I. R., Magister of Psychology; **Turinina O. L.**, PhD, Professor of the Psychology Department; The Private Joint-Stock Company Higher Educational Institution Interregional Academy of Personnel Management; Kyiv, Ukraine.
Features of the use of the gestalt-therapeutic method in overcoming customers' psychological problems.

Key words: gestalt therapy, psychology.

Formulation of the problem. The social significance of the problem of individual well-being and the insufficient study of the possibilities of using Gestalt psychology methods in solving psychological problems of clients led to the choice of the topic of our research.

Analysis of recent research and publications. The significant success of the gestalt is due to its special correspondence to the professional needs of social workers. It is theoretically proven that gestalt therapy can help a client to acquire the ability to consciously choose their behavior, using various aspects of their personality, to fully realize their potential; that gestalt therapy is an effective method of educational work that helps healthy people in personal growth and in the realization of their potential.

Formulation of the purpose of the article. The aim of our study was to identify the psychological difficulties of clients and the definition of techniques and gestalt therapy techniques to overcome them.

The presentation of the main material. The results of our research suggest that the use of methods and forms of gestalt therapy to overcome the psychological difficulties of clients is unconditionally effective.

Conclusions and perspectives of further research. The reliability and high effectiveness of the implemented psycho-correction program for the complex solution of psychological problems of the individual through the methods of gestalt therapy, allows us to recommend the widespread application of the developed algorithm and the method of gestalt therapy for different age groups of clients experiencing a crisis of identity, post-traumatic syndrome and other crisis states accompanied by depression, elevated anxiety, aggression, hostility, neuroticism.

Ключові слова: гештальт-терапія, психологія.

Постановка проблеми. Гештальт-терапія дозволяє успішно вирішувати проблеми на різних рівнях, адже її основною перевагою є цілісне бачення людини в єдності її тілесних, емоційних, соціальних та духовних

проявів. Гештальт-підхід застосовується не тільки в індивідуальній та груповій формах психотерапії, а й також у таких сферах, як освіта, бізнес-консультування, педагогіка, мистецтво тощо. Гештальт-терапія дозволяє швидко досягти значних та стійких результатів у вирішенні цілого спектру психологічних проблем людини.

Гештальт-терапія традиційно розглядається як найбільш ефективний метод корекції занадто нормативних, соціально скutih, стриманих індивідів (тобто тривожних, фобічних, депресивних) обмежене функціонування яких пов'язане з наявністю внутрішніх блоків.

Ціль гештальт-роботи, на думку Дж. Енрайта, полягає в тому, щоб допомогти клієнту краще усвідомлювати себе, своє сприйняття, почуття, поведінку, а також навчитися приймати відповідальність за себе та своє життя. В світовій практиці напрацьовано значний досвід у цьому напрямку, перш за все слід згадати її засновника Ф. Перлза, Р. Резніка, М. Парлет, Ж.-М. Робін, К. Рудестама, Дж. Сімкін, І. Польстер, Н. Лебедеву, О. Іванову, І. Булюбаша, Б. Новодержкіна, Т. Пушкіну та ін. Проте, вітчизняні практичні психологи лише останнє десятиріччя ґрунтовно знайомляться з гештальт-підходом. Таким чином, соціальна значущість проблеми благополуччя особистості та недостатнє вивчення можливостей застосування методів гештальтпсихології у вирішенні психологічних проблем клієнтів зумовили вибір теми нашого дослідження.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. З метою дослідження ступеню розробленості проблеми застосування методу гештальт-терапії в сучасній психологічній науці, було проаналізовано праці провідних сучасних психологів: Ф. Перлза, Р. Резніка, М. Парлет, Ж.-М. Робін, К. Рудестама, Дж. Сімкін, І. Польстер, Н. Лебедевої, О. Іванової, І. Булюбаша, Б. Новодержкіна, Т. Пушкіної та ін. Аналіз теоретичних джерел показав, що гештальт-підхід розташований на перетині: психоаналізу (Фрейд, Ференци, Гроддек, Ранк, Адлер, Юнг, Райх, Хорні); гештальт-теорії (Еренфельц, Вертхаймер, Коффка, Келер, Голдштейн, Левін, Зейгарник); психотілесних

видів терапії райхіанського напрямку; психодрами Морено; напрямків, які працюють із уявою й сновидіннями, у тому числі й з фантазіями; феноменологічного та екзистенціального підходів (Кьєркегор, Бретано, Гусерль, Хайдеггер, Шелер, Ясперс, Бубер, Тіліх, Бінсвангер, Мінковський, Марсель, Сартр, Мерло-Понті); східної філософії дзен-буддизму. Аналіз літератури, в якій освітлюється практичне застосування методик психокорекції, показав неповністю вивчені можливості використання технік гештальт-терапії у вирішенні конкретних психологічних проблем клієнтів та недостатньо широке застосування методів гештальт-терапії в практичній роботі психолога. Гештальт-терапія є ефективним методом виховної роботи, який допомагає здоровим людям в особистісному зростанні й у реалізації їх потенційних можливостей.

Як показав аналіз літератури, значний успіх гештальту пояснюється не стільки новизною методу, скільки його особливою відповідністю професійним потребам працівників соціальної сфери. Нами було розглянуто і вивчено механізми впливу методів гештальт-терапії на вирішення психологічних проблем особистості. Теоретично доведено, що гештальт-терапія може допомогти клієнту придбати здатність свідомо вибирати свою поведінку, використовуючи різні аспекти своєї особистості, повністю реалізувати свій потенціал; що гештальт-терапія стає ефективним методом виховної роботи, який допомагає здоровим людям в особистісному зростанні й у реалізації їх потенційних можливостей.

Ретельне вивчення даного питання в психологічній літературі, дозволило дійти висновку, що універсальність та «життєвість» гештальт-теорії дозволяє застосовувати гештальт-підхід у дуже широкому спектрі практичної психології, психіатрії, педагогіці, організаційному консультуванні, мистецтві тощо. Популярність та універсальність методу призводить до того, що багато хто з колег-психологів інших напрямків іноді навіть не підозрюють, що використовують у своїй роботі техніки гештальт-терапії. Гештальт-терапія відрізняється від інших форм психологічної

практики своєю філософією цілісності, повноти життя, проживання кожного моменту у всій його гостроті «тут і тепер». Недарма часто, коли мова іде про гештальттерапію, згадують про східну філософію, східні духовні практики. Неймовірна популярність буддизму по всьому світі свідчить про те, що ця філософська система є дуже близькою сучасній людині, а також саме для сучасної психологічної ситуації є терапевтичною. Цим також, на наш погляд, можна пояснити широке визнання та поширення гештальттерапії в країнах Заходу.

Як вважають більшість авторів, гештальт-терапія є певною психотерапевтичною методологією, але в жодному разі не технологією. Із самого початку, цей метод асимілював у собі багато технік із інших психотерапевтичних систем. Гештальт – це не стільки психотерапевтичний метод, скільки стиль життя. Ціль гештальт-підходу – постійне розширення досвіду усвідомлення, і завдяки цьому досягнення більш високого рівня психічного та фізіологічного здоров'я, він дозволяє зробити життя більш наповненим відчуттями та більш свідомим, досягти нової якості буття.

Виходячи з розуміння, що внутрішні конфлікти, проблеми клієнтів, як результат незадоволення основних потреб, проявляються у вигляді підвищеної тривожності, агресивності, невротизації, соціальної фрустрованості, ми досліджували наявність саме цих проявів.

Формулювання мети статті. Метою нашого дослідження стало виявлення психологічних труднощів клієнтів та у визначенні прийомів та технік гештальттерапії з їх подолання.

Для виконання мети ми поставили такі завдання:

1. Шляхом теоретичного аналізу літератури визначити ступінь розробленості літератури з проблеми застосування гештальттерапії в психологічній теорії та практиці.
2. Шляхом емпіричного дослідження визначити особливості психологічних проблем, з якими звертаються клієнти до гештальттерапевта.

3. Розробити гештальт-терапевтичну програму, як ефективно забезпечення подолання психологічних труднощів клієнта.

Для реалізації мети та завдань дослідження, нами були використані класичні прийоми та техніки групової форми проведення гештальттерапії, а також наступні психодіагностичні методики: діагностика особистісних розладів за допомогою багатофакторного опитувальника ММРІ («Міні-мульт»); діагностика комплексу неповноцінності особистості; діагностика ворожості особистості (за шкалою Кука-Медлей); експрес-діагностика схильності особистості до немотивованої тривожності (В. В. Бойко); експрес-діагностика схильності до афективної поведінки (В. В. Бойко); діагностика рівня особистісної невротизації особистості (В. В. Бойко); діагностика рівня алекситимії особистості.

Виклад основного матеріалу. Для проведення емпіричного дослідження, ми зібрали гетерогенну гештальт-терапевтичну групу з 20 осіб віком від 21 до 45 років, 14 жінок та 6 чоловіків, різних професій та способів життя. Об'єднує учасників гештальт-терапевтичної групи, насамперед, інтерес до практичної психології загалом та гештальт-терапії зокрема, бажання дізнатися більше про себе, про мотиви власної поведінки та причини психологічних труднощів, а також прагнення до змін в особистості.

За аналізом результатів тестування вибірки, ми отримали такі результати. Діагностика особливості рівня самооцінки особистості показала, що 7% чоловіків та 17% жінок страждають на комплекс неповноцінності, 36% чоловіків та 33% жінок мають занижену самооцінку, 50% чоловіків та 33% жінок мають адекватну самооцінку, і 7% чоловіків у групі та 17% жінок завищують власну самооцінку.

Великий відсоток досліджуваних (особливо серед жінок) з низькою самооцінкою свідчить про наявність психологічних труднощів у їхньому особистому та професійному житті, таких як самотність, страх майбутнього та ін. Інша крайність неадекватної самооцінки - завищена самооцінка – також

викликає труднощі у порозумінні і з оточенням, що також призводить до самотності.

Діагностика ворожості особистості відображає підвищений рівень ворожості як серед чоловіків, так і серед жінок. А саме: за шкалою цинізму 66% чоловіків та 7% відсотків жінок мають високий рівень цинізму, 17% чоловіків та 57% жінок показали середній рівень цинізму з тенденцією до високого, 17% чоловіків та 29% жінок показали середній рівень з тенденцією до низького і 0% чоловіків та 7% жінок виявили низький рівень цинізму.

За шкалою агресивності, діагностики ворожості особистості, 33% чоловіків та 21% відсоток жінок мають високий рівень агресивності, 55% чоловіків та 36% жінок – середній з тенденцією до високого, 17% чоловіків та 29% жінок показали середній рівень з тенденцією до низького і тільки 0% чоловіків та 14% жінок - з низьким рівнем агресивності в групі.

За шкалою ворожості, 34% чоловіків та 22% жінок мають високий показник ворожості, 33% чоловіків та 49% жінок виявилися із середнім рівнем з тенденцією до високого, 33% чоловіків та 22% жінок – з середнім з тенденцією до низького, і 0% чоловіків та 7% показали низький рівень ворожості.

Високі показники ворожості серед опитуваних свідчать про наявність проблем у стосунках з близькими та оточенням, а саме: конфліктів, непорозуміння та відчуження. Особливо високі показники рівня ворожості для жінок гірше, ніж для чоловіків, адже жінка по своїй природі має бути більш лагідною та привітною, має вміти будувати стосунки.

Діагностика рівня алекситимії особистості показала, що лише 50% чоловіків та 64% жінок не страждають на алекситимію, проте 7% чоловіків та 22% жінок виявили досить високий показник алекситимії, що свідчить про захворюваність на психосоматичні розлади або схильність до них, і можна казати, що у 43% чоловіків та 14% жінок невроз. Такі показники свідчать про складність для багатьох членів гештальт-терапевтичної групи розпізнавання власних почуттів, усвідомлення власних потреб тут-і-тепер.

На підставі аналізу отриманих емпіричних даних, можна стверджувати, що найголовнішими психологічними проблемами досліджуваних є повільність, пасивність, покірність владі, приймання всього на віру, погане перенесення зміни обстановки, легка втрата рівноваги в соціальних конфліктах (шкала «іпохондрія»); чутливість, сенситивні особи, схильність до тривоги, несміливість, соромливість, не здатність прийняти самостійно рішення, не впевненість в собі (шкала «депресія»); тривожність, схильність до сумнівів, боязкість, нерішучість; низька активність, знижений настрій, низька самооцінка (шкала «психастенія»); переважаючі емоції: напруга, неспокій, стурбованість, нервозність, які виникають як емоційна реакція на стресову ситуацію та можуть бути різними за інтенсивністю та динамічністю в часі, схильність сприймати загрозу своїй самооцінці та життєдіяльності в цілому в широкому діапазоні ситуацій та реагувати вельми вираженим станом тривожності (шкала «ситуативна тривожність»); незадоволення своїми соціальними досягненнями в основних аспектах життєдіяльності; виражена емоційна збудливість, в результаті чого виникають негативні емоційні переживання (тривожність, напруга, розгубленість, роздратування) (шкала «соціальна фрустрованість»); безініціативність, егоцентрична особистісна спрямованість, що призводить до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях та особистісних недоліках; соціальна несміливість та залежність.

Таким чином, результати емпіричного дослідження показали, що більшість учасників гештальт-терапевтичної групи мають виразні причини для виникнення певних психологічних проблем у їхньому житті.

На нашу думку та на думку багатьох сучасних науковців, з метою корекції особистісного розвитку найбільш доцільно та ефективно застосовувати методи гештальт-терапії, що й було враховано нами при розробці стратегії формувального експерименту.

За аналізом результатів повторного тестування гештальт-терапевтичної групи з двадцяти осіб після проведення з ними групової гештальт-терапії, ми

отримали результати, які відрізняються від результатів попереднього тестування.

За діагностикою особливостей рівня самооцінки особистості, відсоток чоловіків з комплексом неповноцінності знизився від 7% до 0%, а серед жінок з 17% до 0%; кількість чоловіків зі зниженою самооцінкою скоротилася від 36% до 17%, а серед жінок – з 33% до 27%; кількість чоловіків із завищеною самооцінкою залишилася незмінною, а серед жінок цей показник скоротився від 17% до 0%.

Відповідно до цього, кількість людей із адекватною самооцінкою зростає: серед чоловіків з 50% до 66%, а серед жінок з 30% аж до 79%.

Застосування нами методів гештальт-терапії в психотерапевтичній групі допомогло ефективно подолати такі проблеми клієнтів експериментальної групи, як тривожність, агресивність, ворожість, соціальна фрустрованість та невротизація.

Повторне тестування за діагностикою ворожості особистості відобразило зниження загального рівня ворожості як серед чоловіків, так і серед жінок.

За шкалою цинізму, діагностики рівня ворожості особистості, відсоток клієнтів з високим рівнем цинізму залишився без змін як серед чоловіків, так і серед жінок.

За шкалою агресивності, діагностики ворожості особистості, відсоток з високим рівнем агресивності серед чоловіків зменшився від 33% до 17%, а серед жінок взагалі скоротився з 21% до 0%; відсоток чоловіків з середнім рівнем агресивності з тенденцією до високого зменшився з 55% до 50%, а у жінок цей самий показник змінився з 36% до 21%. З другого боку кількість чоловіків з середнім рівнем агресивності з тенденцією до низького збільшилася з 17% до 33%, а у жінок - з 29% до 57%; відсоток з низьким рівнем агресивності серед чоловіків залишився сталим (0%), а у жінок кількість клієнтів з таким показником збільшилася з 14% до 22%.

За шкалою ворожості, кількість чоловіків із високим рівнем ворожості скоротилася з 34% до 17%, а серед жінок за цим показником – з 22% до 7%; відсоток чоловіків з середнім рівнем ворожості з тенденцією до низького також скоротився з 33% до 17%, а серед жінок – з 49% до 36%. Проте, кількість клієнтів із середнім рівнем ворожості, навпаки, зросла: серед чоловіків з 33% до 49%, серед жінок – з 22% до 36%. Те ж саме стосується показників низького рівня ворожості: серед чоловіків він виріс від 0% до 17%, а серед жінок – від 7% до 21%.

За діагностикою невротизації особистості, ми виявили, що середній показник рівня невротизації особистості у чоловіків знизився з 11 до 9 балів, а у жінок – з 15 до 12 балів.

Діагностика рівня алекситимії особистості показала наступні результати: відсоток клієнтів з психосоматичними розладами або схильністю до них скоротився серед жінок з 22% до 14%, а серед чоловіків збільшився з 7% до 17%. Хворих на неврози серед чоловіків поменшало з 43% до 17%, а серед жінок взагалі не виявилось жодної з такими показниками. Загалом же кількість здорових від алекситимії людей збільшилася: у чоловіків з 50% до 66%, а серед жінок з 64 до 86%.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Таким чином, результати наших досліджень дозволяють стверджувати, що застосування методів та форм гештальттерапії щодо подолання психологічних труднощів клієнтів є безумовно ефективним, про що свідчить зниження негативних показників результатів тестування. Достовірність та висока результативність реалізованої психокорекційної програми щодо комплексного вирішення психологічних проблем особистості за допомогою методів гештальттерапії дозволяє рекомендувати широке застосування розробленого алгоритму та методу гештальттерапії для різних вікових груп клієнтів, які переживають кризу ідентичності, посттравматичний синдром та інші кризові стани, що супроводжуються депресією, підвищеною тривожністю, агресивністю, ворожістю, невротизацією.

Список використаних джерел

1. Гронський А. Екзистенціальні фігури гештальту / А. Гронський.- М: Генезис, 2007.- 213с.
2. Гронський А. Класична гештальт-група / А. Гронський.- М.: Сфера, 2001.- 243с.
3. Домбровський А. Гештальт-терапія наркотичної залежності / А. Домбровський.- М.: Генезис, 2009.- 227с.
4. Долгополов М. Гештальт-підхід у роботі з організаціями / М. Долгополов.- СПб: Пітер, 2003.- 178с.
5. Перлз Ф. Гештальт-Підхід і Свідок Терапії / Ф. Перлз.- М.: Сфера, 2002.- 97с.
6. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій / О. Л. Туриніна.- К.: ДП «ВД «Персонал», 2012. – 136 с.

References

1. Hrons'kyu, A. (2007), *Ekzistentsial'ni fihury hushtal'tu* [Existential figures of the gushtalt], Henezys, Moscow, Russia.
2. Hrons'kyu, A. (2001), *Klasychna heshtal't-hrupa* [Classical Gestalt Group], Sfera, Moscow, Russia.
3. Dombrovs'kyu, A. (2009), *Heshtal't-terapiya narkotychnoyi zalezhnosti* [Gestalt-therapy of narcotic addiction], Henezys, Moscow, Russia.
4. Dolhopolov, M. (2003), *Heshtal't-pidkhid u roboti z orhanizatsiyamy* [Gestalt-approach to work with organizations], Piter, SPb, Russia.
5. Perlz, F. (2002), *Heshtal't-Pidkhid i Svidok Terapiyi* [Gestalt-Approach and A Witness of Therapy], Sfera, Moscow, Russia.
6. Turynina, O. L. (2012), *Psykhologhiya travmuyuchykh sytuatsiy* [Psychology of traumatic situations], DP «VD «Personal», Kyiv, Ukraine.

Захожа Ірина Вікторівна, магістр психології, ПрАТ «ВНЗ «МАУП», 02000,
вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2162-1001>

ВПЛИВ НЕЙРОКОРЕКЦІЇ НА РОЗВИТОК ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

Анотація

Ключові слова: розлади аутистичного спектру, нейрокорекція, сенсомоторний і пізнавальний розвиток.

Постановка проблеми. Актуальність дослідження обумовлюється щорічним збільшенням народжуваності дітей, які мають ті чи інші порушення психофізичного розвитку різного ступеня тяжкості та потребують ефективних форм і методів корекційної роботи з ними.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аутизм займає особливу позицію серед дитячих патологій у зв'язку з важкістю, тривалістю та впливом на всю родину. Підвищення інтересу до проблеми аутизму та аутистичних проявів в Україні за останні десятиліття відображається у працях відомих науковців у сфері корекційної педагогіки, спеціальної психології, психіатрії, медицини та генетики. Діти з розладами спектру аутизму потребують різносторонньої та цілеспрямованої допомоги, підтримки, корекції, що забезпечується поєднанням цілого комплексу індивідуальних та підгрупових, групових заходів.

Формулювання мети статті. Мета– теоретично проаналізувати та емпірично дослідити вплив нейрокорекції на розвиток пізнавальних психічних процесів у дітей з аутизмом.

Виклад основного матеріалу. За отриманими результатами дослідження встановлено, що більшість дітей з аутизмом мають відсутні та мінімальні показники сформованості соціальних вмінь і навичок. У них

спостерігаються труднощі при виконанні завдань, пов'язаних із функціональною грою з предметами, не сформовані навички звертання і прохання. Майже в половині дітей із аутизмом діагностовано дефіцит невербальної комунікативної поведінки, соціально-емоційної взаємодії, ритуалізовані зразки вербальної та невербальної поведінки чи надмірний опір змінам; надзвичайно обмежені, зациклені інтереси. Визначено найбільш характерні особливості сенсорних систем таких дітей, а саме: гіперчутливість вестибулярної і тактильної систем, гіпочутливість смакової системи, малорухливість і пасивність, труднощі планування і виконання завдань, проблеми саморегуляції; вони важко переносять будь-які зміни. Відповідно до результатів констатувального експерименту, підтверджено ефективність використання засобів нейрокорекції в процесі надання допомоги дітям дошкільного віку з діагнозом «аутизм». Це спрямовує нас до використання засобів нейрокорекції (НПК) у ході формувальної роботи з дітьми експериментальної групи з аутизмом.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Комплексний підхід до корекційно-відновлювальної роботи з дітьми-аутистами, забезпечення тісної співпраці лікарів, психологів, корекційних педагогів з батьками таких дітей сприяє вирішенню завдань їх компенсаційного розвитку, оптимального функціонування та соціальної адаптації у суспільстві.

Аннотація

Захожая И. В., магістр психологи; ЧАО «ВУЗ «МАУП»; г.Київ, Україна. **Влияние нейрокоррекции на развитие детей с аутизмом.**

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, нейрокоррекция, сенсомоторное и познавательное развитие.

Постановка проблемы. Актуальность исследования определяется ежегодным увеличением рождаемости детей, имеющих те или иные нарушения психофизического развития разной степени тяжести и

нуждающихся в применении эффективных форм и методов коррекционной работы с ними.

Анализ последних исследований и публикаций. Аутизм занимает особое место среди детских патологий в связи с тяжестью, длительностью и влиянием на всю семью. Повышение интереса к проблеме аутизма и аутистических проявлений в Украине за последние десятилетия отражается в трудах известных ученых в сфере коррекционной педагогики, специальной психологии, психиатрии, медицины и генетики. Дети с расстройствами спектра аутизма требуют разносторонней и целенаправленной помощи, поддержки, коррекции, что обеспечивается сочетанием целого комплекса индивидуальных и подгрупповых, групповых мероприятий.

Формулировка цели статьи. Цель - теоретически проанализировать и эмпирически исследовать влияние нейрокоррекции на развитие познавательных психических процессов у детей с аутизмом.

Изложение основного материала. По полученным результатам исследования установлено, что большинство детей с аутизмом имеют отсутствующие или минимальные показатели сформированности социальных умений и навыков. У них наблюдаются трудности при выполнении задач, связанных с функциональной игрой с предметами, не сформированы навыки обращения и просьбы. Почти у половины детей с аутизмом диагностирован дефицит невербального коммуникативного поведения, социально-эмоционального взаимодействия, ритуализованные образцы вербального и невербального поведения или чрезмерное сопротивление изменениям; чрезвычайно ограниченные, зацикленные интересы. Определены наиболее характерные особенности сенсорных систем таких детей, а именно: гиперчувствительность вестибулярной и тактильной систем, гипочувствительность вкусовой системы, малоподвижность и пассивность, трудности планирования и выполнения задач, проблемы саморегуляции; они тяжело переносят любые изменения. Согласно результатам констатирующего эксперимента, подтверждена эффективность использования средств

нейрокоррекции в процессе оказания помощи детям дошкольного возраста с диагнозом «аутизм». Это направляет нас к использованию средств нейрокоррекции (НПК) в ходе формирующей работы с детьми экспериментальной группы с аутизмом.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Комплексный подход к коррекционно-восстановительной работе с детьми-аутистами, обеспечение тесного сотрудничества врачей, психологов, коррекционных педагогов с родителями таких детей, способствует решению задач их компенсационного развития, оптимального функционирования и социальной адаптации в обществе.

Annotation

Zakhozha I. V., Magister of Psychology, The Private Joint-Stock Company Higher Educational Institution Interregional Academy of Personnel Management; Kyiv, Ukraine. **The effect of neurocorrection on the development of children with autism.**

Key words: autism spectrum disorders, neurocorrection, sensorimotor and cognitive development.

Formulation of the problem. The relevance of the study is determined by the annual increase in the birth rate of children with certain psychophysical developmental disorders of varying degrees of severity and in need of using effective forms and methods of correctional work with them.

Analysis of recent research and publications. Autism holds a special place among children's pathologies due to the severity, duration and impact on the whole family. The increasing interest in the problem of autism and autistic manifestations in Ukraine over the past decades is reflected in the works of famous scientists in the field of remedial pedagogy, special psychology, psychiatry, medicine and genetics. Children with autism spectrum disorders require versatile and targeted assistance, support, correction, which is provided by a combination of a whole complex of individual and subgroup, group activities.

Formulation of the purpose of the article. The goal is to theoretically analyze and empirically investigate the effect of neurocorrection on the development of cognitive mental processes in children with autism.

The presentation of the main material. According to the results of the study, it was established that the majority of children with autism have missing or minimal indicators of the formation of social skills. They have difficulties in performing tasks related to the functional game with objects, they have not formed the skills of treatment and requests. Almost half of children with autism are diagnosed with a lack of non-verbal communicative behavior, social-emotional interaction, ritualized patterns of verbal and non-verbal behavior, or excessive resistance to change; extremely limited, looped interests. The most characteristic features of the sensory systems of these children were identified, namely: hypersensitivity of the vestibular and tactile systems, hyposensitivity of the taste system, inactivity and passivity, difficulties in planning and performing tasks, problems of self-regulation; they suffer any changes. According to the results of the ascertaining experiment, the effectiveness of the use of neurocorrection means in the process of assisting preschool children with a diagnosis of autism was confirmed. This directs us to the use of neurocorrection tools (NPC) in the course of formative work with children of the experimental group with autism.

Conclusions and prospects for further research. An integrated approach to remedial and recovery work with autistic children, ensuring close cooperation of doctors, psychologists, correctional teachers with the parents of such children, contributes to solving the problems of their compensatory development, optimal functioning and social adaptation in society.

Ключові слова: розлади аутистичного спектру, нейрокорекція, сенсомоторний і пізнавальний розвиток.

Постановка проблеми. Актуальність дослідження обумовлюється щорічним збільшенням народжуваності дітей, які мають ті чи інші

порушення психофізичного розвитку різного ступеня тяжкості, і потребують ефективних форм і методів корекційної роботи з ними. Зростання кількості дітей з порушеннями пов'язане з виникненням ураження центральної нервової системи, які здебільшого виникають під час пренатального періоду, при патології пологів, або ж під час розвитку патологій протягом перших трьох місяців життя дитини. Ці порушення можуть провокувати розлади як когнітивних процесів, так і емоційної сфери дитини, і проявлятися у вигляді аутизму та інших змінах особистості дитини, які поширюються, і приводять до значних соціально-психологічних проблем у сім'ї і суспільстві. Саме тому виникає гостра потреба у пошуку індивідуальних засобів і методів корекції даних порушень, у розробці ефективних підходів до подолання їх найбільш виразних симптомів та соціальної адаптації дітей до життя у суспільстві.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аутизм займає особливу позицію серед дитячих патологій у зв'язку з важкістю, тривалістю та впливом на всю родину. Підвищення інтересу до проблеми аутизму та аутистичних проявів в Україні за останні десятиліття відображається у працях відомих науковців у сфері корекційної педагогіки, спеціальної психології, психіатрії, медицини та генетики – С. Коноплястої, О. Літвінової, І. Логвінової, І. Марценківського, К. Островської, Т. Скрипник, В. Тарасун, М. Шеремет, Д. Шульженко та ін., які приділили свою увагу вивченню причин виникнення та розробці методів діагностики аутизму, його диференціації від інших порушень; вдосконаленню підходів до виховання і навчання таких дітей; пошуку ефективних методів корекції аутистичних проявів у дітей. Проблемам розвитку, навчання та соціалізації дітей з аутистичними порушеннями присвятили свої дослідження Н. Базима, Я. Крет, З. Ленів, А. Обухівська, М. Рождественська, О. Романчук, Х. Сайко, Т. Сак, В. Синьов та ін.

Термін «аутизм» ввів у психологічну науку швейцарський психіатр Л. Каннер у 1943 р. Вчений вперше дав цілісний опис синдрому, який він визначив як ранній дитячий аутизм (РДА). Однак глибинні медико-

психологічні дослідження дітей із аутизмом були проведені зовсім нещодавно (Н. Базима, А. Обухівська, К. Островська, В. Синьов, Т. Скрипник, Г. Хворова, Д. Шульженко). В міжнародній системі класифікацій МКБ-10, дитячий аутизм входить у рубрику «Загальні розлади розвитку» (F84) як частина розділу «Порушення психологічного розвитку» (рубрики F80-F89). Тут виокремлено форми загальних аутистичних розладів: дитячий аутизм (F84.0); атиповий аутизм (F84.1); синдром Ретта (F84.2); інший дезінтегративний розлад дитячого віку (F84.3); гіперактивний розлад, що поєднується з розумовою відсталістю і стереотипними рухами (F84.4); синдром Аспергера (аутична психопатія) (F84.5). За МКХ-11, аутизм відноситься до розділу «06. Розлади психічні, поведінкові та нейророзвитку. Розлади нейророзвитку». У версії МКБ-11 2018 р. з'явилася діагностична одиниця «розлад аутистичного спектру» (код 6A02). При цьому, відповідно до МКХ-11, розлад аутистичного спектру ділиться на підтипи із зазначенням наявності / відсутності розладу інтелекту і зазначенням здатності людини використовувати «функціональну мову» (усну чи письмову), тобто мову як засіб для вираження особистих потреб або бажань.

Для діагностики аутизму, К. Островська пропонує використовувати критерії порушення функціонування дитини в трьох основних сферах: соціальна взаємодія, комунікація, активність та зацікавлення дитини [9, с. 61].

У зв'язку з переглядом класифікації розладів аутистичного спектру, в МКХ-11 і DSM-V діагностичні межі даного розладу розширені, введені діагностичні характеристики порушення інтелектуального розвитку та порушення функціональної мови. Тепер усі діти зі значним дефіцитом соціальних навичок і реципрокної соціальної взаємодії відносяться до категорії розладів спектру аутизму. РАС класифікується за наявністю або відсутністю порушень інтелектуального розвитку та порушень функціональної мови.

Останній перегляд DSM–V (Діагностичний та статистичний посібник із психічних розладів, США, 2014) визначає центральним порушенням при розладах аутистичного спектру стійкий дефіцит соціальної комунікації та соціальної взаємодії. Труднощі в сфері міжособистісної взаємодії стають вагомою перешкодою в процесі соціально-психологічної адаптації цих дітей. І особливо гостро постає ця проблема на початковому етапі входження дитини до нового соціального оточення.

Правильна діагностика аутизму пов'язана з великими труднощами. Основна проблема полягає в умінні віддиференціювати аутистичні розлади від інших розладів розвитку. Аналізуючи різні наукові та методичні джерела, Т. Галах виділяє такий спектр порушень, зумовлених розладами аутистичного спектру: інфантильний аутизм, аутистичні розлади, синдром Каннера, синдром Аспергера, нетиповий аутизм [3, с. 7]. За даними О. Нагорної, постановка діагнозу аутизму ґрунтується за наявності трьох основних якісних порушень: недолік соціальної взаємодії; недолік взаємної комунікації; а також наявність стереотипних форм поведінки. Дані якісні порушення є загальними рисами індивідуального розвитку і виявляються у всіх ситуаціях, хоча можуть варіювати за ступенем вираженості, але є обов'язковими при даному розладі [7, с. 33]. Д. Гошовська зауважує, що синдром раннього дитячого аутизму характеризується вираженою недостатністю або повною відсутністю потреби в контакті з оточуючими, емоційною холодністю або байдужністю до близьких, страхом новизни, будь-якої зміни в оточенні, хворобливою прихильністю до рутинного порядку, одноманітної поведінки зі схильністю до стереотипних рухів, розладами мови, іноді до повної «мовної блокади». Першою ознакою раннього дитячого аутизму часто виступає відсутність властивого здоровим дітям «комплексу пошвавлення», а потім з'являються порушення здатності диференціювати людей і неживі предмети, небажання вступати в контакт, беземоційність або паратимія (неадекватні афективні реакції) у сполученні зі страхом новизни [6, с. 215]. В ранньому дитинстві, до перерахованих

клінічних проявів приєднуються одноманітні маніпуляції з предметами у ході ігор, використання нетрадиційних для ігрової діяльності предметів. Типовими є і порушення психомоторики у вигляді незграбності, нерозмірності довільних рухів, незграбності, відсутності злагоджених рухів, а також розладу мови (від відсутності до переваги «автономної мови» – розмови із самим собою). Найхарактерніші поведінкові проблеми аутистичних дітей: труднощі зі сном; самокалічення; агресія; стереотипна поведінка; деструктивна поведінка [6, с. 216]. Описуючи характерні особливості мовленнєвого розвитку дітей із аутизмом, науковець С. Головченко звертає увагу на те, що їх більшість не починають говорити не тільки у 2-3 роки, а й у 4-6 років. При цьому діти з аутизмом становлять неоднорідну групу з точки зору розвитку мовлення, серед них є діти, які зовсім не володіють мовленням; діти, які володіють невеликим обсягом слів та простих фраз; діти з формально добре розвиненим мовленням. Проте всіх дітей з аутизмом об'єднує обмежене розуміння зверненого мовлення, прив'язаність до ситуації, з одного боку, та відірваність мовлення від діяльності – з іншого [4, с. 88]. Також для дітей з аутизмом характерні специфічні прояви розвитку емоційної сфери. За свідченням О. Нагорної, у таких дітей дуже часті неадекватні подразники, часто невмотивовані, некеровані спалахи люті і агресії. Ця агресія може бути спрямована на себе, коли діти кусають свої руки, б'ються головою об підлогу, меблі чи б'ють себе кулаками по обличчю. Іноді агресія спрямовується на інших, і тоді діти кусають, дряпають або б'ють своїх батьків. Більшість батьків дітей з аутизмом скаржаться на те, що їм важко справлятися з ними, на їх низьку толерантність до фрустрації і реагування навіть на найменшу перешкоду або заборону вибухом люті [7, с. 34]. Крім того, як вказують Н. Базима, М. Шеремет, діти з аутизмом досить швидко перенасичуються навіть приємними враженнями; часто дійсно не можуть почекати обіцяного; самостійно безпорадні у ситуації вибору; потребують більше часу для того, щоб пережити отримане враження або інформацію. Усе перераховане

провокує відстрочені реакції на ті чи інші подразники та прагнення стереотипізувати взаємодію з навколишнім світом [11, с. 374]. Дослідниця Н. Базима уточнює, що патологічні особливості психічного розвитку у дітей-аутистів виступають не тільки у вигляді окремих порушень психічного тону, афективної сфери, сприймання, моторики, мовлення, але і як пов'язана з цими порушеннями асинхронія розвитку у цілому, спотворення нормальної взаємодії при формуванні психічних функцій. Також у дітей з аутизмом недостатньо розвиваються всі сторони психічної діяльності, спрямовані на оволодіння соціальними відносинами [1, с. 90].

Найбільш характерними показниками специфічного розвитку пізнавальної сфери у дітей із аутизмом, на думку Н. Базими, є: дефіцит психічної активності; порушення взаємодії психічних функцій; нерівномірність, парціальність інтелектуального розвитку; порушення цілеспрямованості і довільності, концентрації уваги; відсутність живої зацікавленості, інтересу до нового, дослідження середовища; схильність сприймати інформацію, ніби пасивно вбираючи її в себе цілими блоками; реакція відходу від спрямованих на дитину впливів оточуючих; негативна реакція або взагалі її відсутність при спробах залучення уваги до предметів навколишньої дійсності; швидка виснаженість і перенасиченість цілеспрямованою активністю; труднощі у символізації, перенесенні навичок з однієї ситуації в іншу; порушене формування соціальної та комунікативної функцій [1, с. 10]. За твердженням Н. Байкіної, Я. Крет, при аутизмі у дітей можуть бути будь-які рівні розумового розвитку, але приблизно в трьох чвертях випадків є виразна розумова відсталість [2, с. 19]. Дослідниця К. Островська встановила, що рівень розумового розвитку більшості дітей із аутизмом відповідає на щабель нижчому рівню за їх біологічний вік. При цьому, дослідниця відзначає й те, що в частини дітей з аутизмом спостерігається достатньо високий інтелект (відносно інших нозологій), однак слабкою стороною цієї категорії дітей є слаборозвинена об'єднана

увага, що й визначає сфери розвитку дитини, які потребують корекції [9, с. 66].

В психологічній науці існує декілька поглядів на час вияву перших симптомів аутизму. За даними досліджень К. Лебединської, І. Мамайчук, К. Островської, О. Нікольської, М. Рождественської, Г. Хворової та ін., через складність та варіативність аутистичних порушень та важкість диференціювання аутизму у ранньому віці від інших порушень (сліпота, глухота, розумова відсталість), пізнє виявлення аутизму спричиняє пізніший початок цілеспрямованої корекційної роботи. Д. Гошовська уточнює, що дитячий аутизм – це вид загального розладу розвитку, який визначається наявністю патологічного і (чи) порушеного розвитку, який вперше виявляється у віці до трьох років, і є характерним типом аномального функціонування у всіх трьох сферах: соціальна взаємодія; комунікація; поведінка (простежується обмежений набір її стереотипних форм). Крім цих специфічних діагностичних ознак, часто наявні інші, неспецифічні проблеми (страхи, порушення сну і харчової поведінки, спалахи гніву й агресивність, зокрема і спрямована на себе). [6, с. 215]. Дослідниці Н. Байкіна та Я. Крет також відзначають, що у дітей з аутизмом аномалії розвитку виявляються у віці до 3 років і завжди відзначаються якісні порушення соціальної взаємодії. Вони виступають у формі неадекватної оцінки соціо-емоціональних сигналів, що помітно за відсутністю реакцій на емоції інших людей й/або відсутності модуляції поведінки відповідно до соціальної ситуації; погано використовуються соціальні сигнали й незначна інтеграція соціальної, емоційної й комунікативної поведінки. Особливо характерна відсутність соціо-емоціональної взаємності. Обов'язкові якісні порушення в спілкуванні, що виступають у формах: відсутності соціального використання наявних мовних навичок; порушень у рольових і соціально-імітаційних іграх; низької синхронності й відсутності взаємності в спілкуванні; недостатньої гнучкості мовного вираження й відносної відсутності творчості й фантазії в мисленні; відсутності емоційної реакції на вербальні й невербальні спроби інших

людей вступити в бесіду; порушеного використання тональностей і виразності голосу для модуляції спілкування; такої ж відсутності супровідної жестикуляції, що має підсилювальне або допоміжне значення при розмовній комунікації. Цей стан характеризується також обмеженими, повторюваними і стереотипними поведінкою, інтересами й активністю. При цьому у хлопчиків розлад розвивається в 3-4 рази частіше, ніж у дівчаток [2, с. 19].

К. Островська вказує, що найчастішим періодом встановлення аутизму у дітей є четвертий-п'ятий рік життя, коли батьки помічають певні особливості поведінки, затримку у розвитку та специфічність мовлення своїх дітей [9]. За даними досліджень Т. Скрипник та Д. Скрипник, близько 25% батьків дітей, у яких були виявлені розлади спектра аутизму, повідомляли про їх нормальний розвиток до третього року життя. Інша група батьків наголошувала, що «в поведінці їх дитини щось було не так»: дитина поводитися надто спокійно, або, навпаки, вирізнялася дратівливістю та відсутністю зацікавлення міжособистісними контактами. В обох випадках діагноз батьки сприймали з розпачем та почуттям провини [10, с. 12]. В той же час, Д. Шульженко зазначає, що найбільш оптимальний час звернень батьків дітей з аутистичними порушеннями за допомогою до спеціалістів припадає на період перед настанням другого року після народження дитини, коли стає помітною відмінність у рівні розвитку мовлення, проявах інтересу до ігрової діяльності та соціальних контактів з іншими дітьми та дорослими [12]. Чим раніше починається корекційна робота з дітьми з аутистичними порушеннями, тим сприятливішим є прогноз для її соціального і пізнавального розвитку в майбутньому.

Інші науковці (Н. Базима [1], Т. Галах [3] та ін.) висловлюють думку про те, що найбільшу результативність дає корекційна робота з аутичною дитиною, якщо вона розпочалась до досягнення нею віку п'яти років. Рання реабілітація дитини-аутиста дає шанси надбати необхідні в повсякденному житті навички самообслуговування та спілкування. Завдяки цьому малюк-

аутист не випаде з життя соціуму: він зможе піти в школу, здобути середню або вищу освіту, працювати і навіть мати сім'ю [3, с. 12].

Отже, бачимо дещо розрізнені думки щодо найбільш оптимального часу звертання за допомогою з подолання розладів аутистичного спектру у дітей – від 2 до 5 років. Вважаємо, що батьки мають уважно стежити за мовленнєвим і пізнавальним розвитком дитини і, при встановленні певних порушень, звертатися до психолога за консультацією та корекційною допомогою. Разом із цим, гострою проблемою залишається пошук ефективних засобів і методів надання психолого-педагогічної, корекційно-відновлювальної допомоги дітям із аутистичними розладами. Це й зумовлює спрямування нашого дослідження в напрямі детального розгляду особливостей впливу нейрокорекції на розвиток дітей з аутизмом.

Нейрокорекція (нейропсихологічна корекція, НПК) – це комплекс спеціальних психотерапевтичних (тілесно-орієнтованих) і нейропсихологічних методик, які спрямовані на корекцію різних порушень в розвитку дитини з аутизмом з метою відновлення у неї нормальної роботи мозку. Сучасні методи нейрокорекції базуються на теоріях Л. Виготського, О. Лурії, а також розробках сучасних психологів і нейропсихологів (Т. Ахутіна, В. Лубовський, Ж. Глозман, Н. Корсакова, Ю. Мікадзе, Г. Новікова, А. Семенович, Л. Цветкова та ін.). За твердженням С. Овчиннікової, метод нейропсихологічної сенсомоторної корекції звернений на те, що більше ніж 80% проблем розвитку дітей пов'язані з розладами і пошкодженнями головного мозку, які виникли на ранніх стадіях розвитку – під час вагітності, під час пологів, після важких захворювань на першому році життя дитини. Тому вплив нейропсихологічної корекційної програми спрямований спочатку не на розвиток вищих психічних функцій, а на базальний сенсомоторний рівень, тобто на розвиток дефіцитарних функцій, які були пошкоджені на ранньому розвитку дитини. І тільки в заключній частині корекційного етапу, робота переходить у сферу когнітивної психотерапії [8].

Мета методу нейрокорекції – безперервна немедикаментозна активація підкіркових і стовбурових структур головного мозку, стабілізація міжпівкульної взаємодії, формування оптимального функціонального статусу передніх структур головного мозку. С. Овчиннікова вказує, що основне завдання нейропсихологічної сенсомоторної корекції – навчити дитину усвідомлювати себе в просторі, поліпшити сприйняття навколишнього світу, розвиток моторних, пізнавальних і сенсорних умінь дитини [8]. За твердженням В. Горбатенко, головне завдання нейрокорекції полягає у стимулюванні розвитку певних структур мозку, а також формування скоординованої роботи структур мозку. Нейропсихологом та іншими спеціалістами, які беруть участь у корекції поведінки дитини з аутизмом, створюється індивідуальна програма курсу, яка актуальною і спрямованою саме на вплив змінених параметрів поведінки та стану дитини [5, с. 142]. В програмі можуть бути використані у різних комбінаціях сучасні методи і напрями корекції дитячої нейропсихології.

Напрямами нейрокорекційної роботи з дітьми-аутистами є:

1. Розвиток і корекція пізнавальних функцій, а також вхідних до них компонентів – на вирішення цих завдань спрямований напрямок нейрокорекції, розроблений Т. Ахутіною, Н. Пилаєвою, Л. Цветковою (1985-2003);

2. Розвиток мнестичних функцій (розробки Е. Сімерніцької, Ю. Мікадзе, Н. Корсакової). До них відносяться також методики «Лурія-90», «Діакор» (1994-1995);

3. Корекція функцій відповідно до концепції трьох блоків мозку О. Лурії (методика «Замінюючий онтогенез», яку розробила А.Семенович (2003), що передбачає: активізацію психіки; розвиток невербального спілкування; відновлення «контакту зі своїм тілом»);

4. До інтегративних підходів нейрокорекції дітей-аутистів відносяться корекційно-розвиваючі програми Н. Семаго і М. Семаго (2000), а також програми сенсомоторної корекції Т. Горячевої і А. Султанової (2003) [8].

Кожне нейропсихологічне корекційне заняття з дитиною-аутистом включає в себе рухові (сенсомоторна корекція) і когнітивні (ігри та завдання, спрямовані на розвиток вищих психічних функцій дитини) вправи, а також елементи дихальної гімнастики і тілесно-орієнтованої терапії. Нейрокорекція передбачає виконання дітьми серії дихальних і рухових вправ, які поступово ускладнюючись, призводять до активації підкоркових структур головного мозку, сприяють регуляції тону, зняттю локальних м'язових затискачів, розвитку рівноваги, вирішенню проблеми синкінезій, розвитку сприйняття цілісності тіла і стабілізації стато-кінетичного балансу. При цьому відновлюється операціональне забезпечення сенсомоторної взаємодії із зовнішнім світом, стабілізуються процеси довільної регуляції і змістоутворюючих функцій психомоторних процесів, орієнтованих на формування оптимального функціонального статусу передніх часток головного мозку, на розвиток процесів мислення, уваги і пам'яті, синестезії і саморегуляції [8]. Цінним у нейрокорекційній відновлювальній роботі з дітьми з аутизмом є залучення їх до сенсорних ігор, що надає їм нові відчуття (зорові, слухові, тактильні, рухові, нюхові та смакові), сприяє встановленню емоційного контакту із дорослим. Різні види сенсорних ігор передбачають використання інноваційних здоров'язбережувальних технологій, серед яких С. Головченко виділяє: кольоротерапію; казкотерапію; акватерапію та літотерапію; тістотерапію; ігри з мильними бульбашками; ігри зі світлом («Сонячний зайчик») і тінню («Ліхтарик»); ігри з льодом; з крупами («Попелюшка»); ігри зі звуками у пошуках місця звучання, у гармонійному спілкуванні з природою; емоційні ігри з рухами і тактильними відчуттями тощо [4, с. 90].

Нейропсихологічна сенсомоторна корекція через рухові та ігрові вправи вирішує наступні завдання: дитина вчиться відчувати своє тіло і простір навколо; у неї розвивається зорово-моторна координація (око-рука, здатність точно направляти рухи, що важливо для письма і не тільки); у дитини формується правильна взаємодія рук і ніг; розвивається слухова і

зорова увага; дитина вчиться послідовно виконувати дії, розбиваючи їх на ряд завдань, та інші важливі завдання [8]. Нейрокорекційні індивідуальні та підгрупові, групові заняття, корекційні ігри, дихальні і фізичні вправи, спрямовані на розвиток мозкових структур, підбираються із урахуванням потреб кожної аутистичної дитини, і передбачають підвищення її самостійності, ініціативності, контактності з іншими (дорослими та однолітками).

На нашу думку, обмежитися тільки нейропсихологічною корекційною роботою з дітьми-аутистами неможливо, оскільки вони потребують різносторонньої та цілеспрямованої допомоги, підтримки, корекції, що забезпечується поєднанням цілого комплексу індивідуальних та підгрупових, групових заходів. Тому вважаємо вартим виділити методологічні основи здійснення з ними корекційно-відновлювальної роботи, одним з найважливіших методів якої є психологічна нейрокорекція дітей-аутистів.

Стандартний обсяг медико-соціальної реабілітації включає поетапне, а в разі потреби й комбіноване проведення кількох реабілітаційних етапів: усунення наслідків впливу психопатологічних розладів на психомоторний розвиток дитини; корекцію перцепторних порушень (сенсорну інтеграцію); досягнення максимального рівня когнітивного й соціального функціонування, забезпечення можливості самостійного існування.

За даними Т. Галах, організація корекційно-розвивальної роботи з дітьми з аутизмом має включати наступні напрямки: встановлення зорового контакту; стимулювання пізнавальних процесів; робота дитини в мікрогрупі; формування правильної поведінки у соціумі; розвиток комунікативних навичок і соціальних контактів з оточуючими людьми [3, с. 25].

На думку науковця С. Головченко, корекційно-відновлювальна допомога дітям з аутизмом уможливорює досягнення максимального рівня когнітивного й соціального функціонування, забезпечення можливості існування в соціумі. Ці успіхи пов'язані з перенесенням сформованих навичок соціального спілкування із закріплених ситуацій спілкування дітей-

аутистів з психологом, корекційним педагогом на інші ситуації взаємодії з оточуючими людьми [4, с. 90].

Недостатність вивчення впливу нейрокорекції на розвиток дітей дошкільного віку з аутизмом й зумовила напрям нашого дослідження на виявлення особливостей впливу нейрокорекційних занять на розвиток пізнавальних психічних та комунікативних процесів у дітей з аутизмом.

Формулювання мети статті. Об'єкт дослідження – розвиток пізнавальних психічних процесів у дітей з аутизмом. Предмет дослідження – вплив нейропсихологічної корекції на розвиток пізнавальних психічних процесів у дітей дошкільного віку з аутизмом. Мета дослідження – теоретично проаналізувати та емпірично дослідити вплив нейрокорекції на розвиток пізнавальних психічних процесів у дітей з аутизмом.

Завдання дослідження: 1) теоретично проаналізувавши підходи до визначення аутизму в медико-психологічній літературі, уточнити психологічні характеристики соціально-емоційного та інтелектуального розвитку дітей з аутизмом; 2) провести емпіричне дослідження розвитку пізнавальних психічних процесів у дітей з аутизмом; 3) розробити програму нейропсихологічної корекції розвитку пізнавальних психічних процесів у дітей з аутизмом; перевірити ефективність проведеної роботи.

Методологічна база дослідження включала в себе використання теоретичних методів аналізу, синтезу, узагальнення, методів збору емпіричної інформації – опитування, спостереження, експерименту, та методів обробки даних – якісний та кількісний аналіз результатів, використання спеціальних методів математичної статистики. Під час емпіричного дослідження використано такі психодіагностичні методики: «STAT» – скринінговий тест аутизму; «ADOS-2» – Міжнародна методика діагностики аутизму; «PEP-3» – Психолого-освітній профіль; «Сенсорний скринінг» (для інтерв'ювання батьків дітей з аутизмом); «РСА DSM-5» (Опитування батьків дітей з аутизмом).

Виклад основного матеріалу. За отриманими результатами дослідження встановлено, що більшість дітей з аутизмом мають відсутні та мінімальні показники сформованості соціальних вмінь і навичок. У них спостерігаються труднощі при виконанні завдань, пов'язаних із функціональною грою з предметами (у 40,2% встановлено мінімальний рівень, а в 37% – відсутні навички). У дітей з аутизмом не сформовані навички звертання і прохання (у 34,8% відсутні навички, у 45,7% мінімальний рівень їх формування). До впевненого наслідування дій дорослого, правильного виконання запропонованого завдання готові тільки 26,1% дітей з аутизмом.

За показниками сформованості навичок і вмінь, пов'язаних із мовленням і комунікацією, тільки 20% дітей з аутизмом мають достатній рівень власного розмовного мовлення, здатні до безпосередньої ехोलалії, використання жестів з комунікативною метою. Для половини дошкільнят-аутистів властиві мінімальні навички і вміння комунікації, у них складно вдається взаємодіяти з оточуючими, хоча вони й намагаються застосовувати жести, залучати увагу дорослого, беручи його за руку і використовуючи її як інструмент при взаємодії. При цьому, майже в половині дітей із аутизмом діагностовано дефіцит невербальної комунікативної поведінки, соціально-емоційної взаємодії, ритуалізовані зразки вербальної та невербальної поведінки чи надмірний опір змінам; надзвичайно обмежені, зациклені інтереси.

За результатами опитування батьків дошкільнят із аутизмом, визначено найбільш характерні особливості сенсорних систем таких дітей, а саме: гіперчутливість вестибулярної і тактильної систем (більш, ніж у 60% дітей), гіпочутливість смакової системи (30,4% дітей мають гіпочутливість, вони можуть вживати неїстівні речі, проявляти тягу до облизування, жування неїстівних речей). Також батьки дітей із аутизмом відзначають їх малорухливість (87%) і пасивність (93,5%), труднощі планування і виконання завдань (у 78,3%), проблеми саморегуляції (73,9%), вони важко переносять

будь-які зміни. Достатній рівень пізнавальних навичок і вмінь виявлено тільки у 21,7% дітей із аутизмом, у той час як більшість мають мінімальний або відсутній рівень їх сформованості. Щодо показників когнітивного розвитку – тільки у 23,9% дітей-аутистів встановлено достатній рівень, вони можуть виконати завдання на розрізнення форм предметів, обведення кола, ромба, окремі з них навіть здатні до малювання заданих предметів, показування їх на малюнку, називання, групування тощо. Решта дітей мають низький і мінімальний рівень їх сформованості.

Аналізуючи результати дошкільнят, які не проходили нейропсихологічну корекцію, встановили, що вони мають значно нижчі показники сформованості когнітивних уявлень, соціальних та поведінкових навичок, когнітивних вмінь і здібностей, ніж діти-аутисти, які відвідують нейропсихологічні заняття. Методами математичної статистики доведено, що в дітей експериментальної групи, які не відвідують нейрокорекційних психологічних занять, спостерігаються нижчі результати рівнів розвитку сенсорних систем, соціального та пізнавального розвитку, різних сфер освітнього профілю РЕР-3, сформованості соціальних і пізнавальних навичок і вмінь.

Відповідно до результатів констатувального дослідження, підтверджено ефективність використання засобів нейрокорекції у процесі надання допомоги дітям дошкільного віку з діагнозом аутизм. Це спрямовує нас до використання засобів нейрокорекції (НПК) у ході формувальної роботи з дітьми експериментальної групи з аутизмом.

Для підвищення показників пізнавального та соціального розвитку дітей з аутизмом було розроблено «Програму нейропсихологічної корекції розвитку психічних пізнавальних процесів у дітей з аутизмом». Мета даної програми – підвищити показники розвитку пізнавальних процесів, комунікативних навичок і вмінь, сенсорного розвитку дітей; сприяти підвищенню рухової активності, формувати навички взаємодії дітей у групі. Структурно програма занять містить індивідуальні та групові заняття, кожне

з яких включає вправи на привітання, завдання з розвитку пізнавальних процесів, сенсорного розвитку, оволодіння навичками комунікації та взаємодії з дорослим та іншими дітьми, завершальні вправи для закріплення отриманих навичок і вмій.

Програма нейропсихологічної корекції розвитку психічних пізнавальних процесів у дітей з аутизмом була проведена із дітьми експериментальної групи, які до формувального етапу експерименту не приймали участі у нейрокорекційній роботі з оптимізації розвитку пізнавальних процесів. Під час індивідуальних занять з дітьми-аутистами проводили з ними вправи на привітання, ігри з картками, рухливі ігри («Рівновага», «Смуга перешкод», «Тунель», «Хмарка дружить з дощиком», «Велопрогулянка»), вправи на мовленнєву активність, розвиток пізнавальних процесів («Знайди схоже», «Знайди помилку»), набуття сенсорного досвіду («Цікаві завдання для слухняних пальчиків»), вправи-релаксації («Чарівний сон», «Сонячний зайчик») тощо.

В ході групових занять, ми пропонували дітям вправи та ігри, спрямовані на розвиток сенсорних відчуттів («Творчі знахідки», «Скажи, що в тебе в руці», «Чарівний салют», сенсорні ігри із солоним тістом, із ватою, сенсорні ігри із звуками «Танці»), активізацію пізнавальних процесів (мислення, пам'яті, уваги) («Я у ролі», «Спробуй виконати», «Вухо-ніс», «Дзеркало», «Стежинка», символічні ігри з паличкою), формування навичок рухової діяльності (велику і дрібну моторику) («Хиткі обручі», «Повітряний бал», вправи «Для слухняних пальчиків», «Пальчиковий театр»), формування мовленнєвих, комунікативних вмій, навичок взаємодії з дорослим та іншими дітьми у групі («Доброго дня», «Бджілка», «Посмішка»), вправи-релаксації («Оленята», «Метелик») тощо. Загалом, за «Програмою нейропсихологічної корекції розвитку дітей з аутизмом» було проведено по 3-5 індивідуальних занять з кожною дитиною експериментальної групи та 6 групових занять, спрямованих на нейрокорекцію пізнавальних процесів дітей з аутизмом. Для кращої групової роботи з дітьми-аутистами, запрошували їх до занять

невеличкими групами по 5-6 дітей, що забезпечило кращий результат розвивальної роботи та налагодження довірливої атмосфери у групі. Звісно, не всі діти активно включалися в групову роботу, багато дошкільнят тільки вчилися гратися «поруч» із своїми однолітками, а не разом з ними. У ході проведення нейрокорекційних занять ми помітили вищу активність дітей, дошкільнята почали краще реагувати на пропозиції дорослого, виконувати інструкції, швидше посміхалися у відповідь, доброзичливіше ставилися до нього та однолітків.

Для перевірки ефективності нейрокорекційної роботи, проведено контрольне опитування дошкільників з аутизмом та їх батьків і визначено позитивні зміни у розвитку пізнавальних та соціальних вмінь і навичок дітей експериментальної групи. За результатами дослідження, серед дітей, з якими проводили нейрокорекційну роботу, зросла кількість вихованців із достатнім рівнем сформованості соціальних і пізнавальних навичок (на 18,2%), також на 22,8% стало менше дошкільнят із низьким рівнем сформованості навичок і вмінь ігрової діяльності, спілкування з дорослим за допомогою прохання, спрямованості уваги на предмет, якого потребує дитина, із низькими вміннями наслідування дій та слів дорослого. До позитивних показників впливу нейрокорекції на розвиток дітей з аутизмом відносимо також і те, що в експериментальній групі дошкільнят на 22,8% стало більше дітей із достатнім рівнем сформованості соціальних і пізнавальних навичок і вмінь у сфері мовлення і комунікації, соціальної взаємодії та функціональної гри, зниження проявів стереотипної поведінки та обмежених повторюваних інтересів. Також після участі в нейрокорекційній програмі занять встановлено зменшення на третину частки дошкільників з аутизмом, які мали низький рівень когнітивних уявлень, і на 22,8% стало більше дітей з достатнім рівнем когнітивних уявлень.

За результатами опитування батьків дошкільнят із аутизмом, виявлено, що в експериментальній групі на 36,4% стало більше дітей із низькими проявами дефіциту у використанні чи розумінні соціальної комунікації та

соціальної взаємодії. На 27,3% зменшилась частка дітей із обмеженими, повторюваними зразками поведінки, зацикленими інтересами. Це також вказує на високу ефективність проведеної корекційної роботи за «Програмою нейропсихологічної корекції розвитку психічних пізнавальних процесів у дітей з аутизмом». Отже, практичним шляхом доведено, що нейропсихологічна корекція здійснює сприятливий вплив на сенсорне та соціально-емоційне становлення дітей з аутизмом, підвищує показники їх пізнавального та комунікативного розвитку.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Психологічна нейрокорекція є одним із сучасних методів корекційно-відновлювальної роботи з дітьми-аутистами, що передбачає вплив на функціонування та нормальну роботу мозку, налагодження міжпівкульної взаємодії, активізацію в розвитку всіх ВПФ (вищих психічних функцій). Нейрокорекція, як один з ефективних методів допомоги дітям із аутизмом, надає змогу подолати: порушення розумової діяльності; підвищену стомлюваність, неухважність; не сформованість просторових уявлень; недостатність саморегуляції і контролю в процесі діяльності. Через рухливі та ігрові вправи, нейрокорекція в роботі з аутистичними дітьми вирішує наступні завдання їх розвитку: формування зорово-моторної координації (око-рука, здатність точно направляти рухи), правильної взаємодії рук і ніг; відчуття тіла і простора навколо нього; розвиток слухової та зорової уваги; навчання послідовно виконувати дії, розбиваючи їх на ряд завдань, тощо.

З метою визначення особливостей впливу нейрокорекції на розвиток пізнавальних психічних процесів у дітей з аутизмом, було організовано та проведено емпіричне дослідження, за результатами якого визначено потребу проведення нейрокорекційної роботи з дошкільниками-аутистами. Для цього було розроблено «Програму нейропсихологічної корекції розвитку психічних пізнавальних процесів у дітей з аутизмом», яка передбачала проведення з дітьми-аутистами індивідуальних та групових занять, що включали виконання ними рухових (сенсомоторна корекція) і когнітивних завдань,

спрямованих на розвиток вищих психічних функцій, а також дихальних і мовленнєвих вправ, елементів тілесно-орієнтованої терапії. В ході перевірки ефективності проведеної нейрокорекційної роботи з дітьми-аутистами, виявлено підвищення кількості вихованців із достатнім рівнем сформованості соціальних і пізнавальних навичок у сфері ігрової діяльності і спілкування з дорослим (на 18,2%); у сфері мовлення і комунікації, соціальної взаємодії та функціональної гри (на 22,8%). Також після участі в нейрокорекційній програмі занять встановлено зростання кількості дітей-аутистів з достатнім рівнем когнітивних уявлень (на 22,8%). Відповідно до вказаного, доведено високу ефективність проведеної корекційної роботи за «Програмою нейропсихологічної корекції розвитку психічних пізнавальних процесів у дітей з аутизмом», що сприяла підвищенню їх соціальних та пізнавальних навичок і вмінь.

Вважаємо, що комплексний підхід до корекційно-відновлювальної роботи з дітьми-аутистами, забезпечення тісної співпраці лікарів, психологів, корекційних педагогів з батьками таких дітей сприяє вирішенню завдань їх компенсаційного розвитку, оптимального функціонування та соціальної адаптації у суспільстві.

Список використаних джерел

1. Базима Н. В. Формування мовленнєвої активності у дітей з аутистичними порушеннями старшого дошкільного віку : автореф. дис. канд. пед. наук / Н. В. Базима.- К., 2014.- 21 с.
2. Байкіна Н. Г. Засвоєння навчальної програми учнями з порушенням спектру аутизму / Байкіна Н. Г., Крет Я. В. // Вісник Запорізького національного університету.-2010.- № 2.- С. 17-26.
3. Галах Т. В. Діагностика і корекція дітей з Раннім Дитячим Аутизмом / Т. В. Галах.- Нетішин, 2016.- 49 с.

4. Головченко С. М. Корекційно-відновлювальна допомога дітям з аутичними проявами в поведінці / С. М. Головченко // Таврійський вісник освіти.- 2015.- № 2(50).- Ч. I.- С. 86-91.

5. Горбатенко В. О. Сучасні нейропсихологічні методи корекції вищих психічних функцій дітей з аутизмом / В. О. Горбатенко // Матер. XVII Міжнар. конфер. «Політ. Сучасні проблеми науки». Напрямок «Гуманітарні науки».- 2017.- Т. 1.- С. 142-143.

6. Гошовська Д. Т. Спеціальна психологія та методика педагогічно-корекційного тренінгу / Д. Т. Гошовська.- Луцьк, 2011.- 265 с.

7. Нагорна О. Б. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами / О. Б. Нагорна.- Рівне, 2016.- 141 с.

8. Овчинникова С. В. Нейропсихологічна корекція при аутизмі / С. В. Овчинникова // [Електронний ресурс].- режим доступу: URL: http://neirokid.ru/stati/article_post/neyropsikhologicheskaya-korreksiya-pri-autizme.

9. Островська К. О. (2012) Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом. Львів: Тріада плюс. 520 с.

10. Скрипник Т. Дослідження батьківських концепцій аутизму / Скрипник Т., Скрипник Д. // Дефектологія.-2011.- № 4.- С. 10-13.

11. Шеремет М. К. Корекційно-розвивальна робота з розвитку комунікативної функції мовлення у дітей з аутистичними порушеннями старшого дошкільного віку / Шеремет М. К., Базима Н. В. // Актуальні проблеми корекційної освіти.-2015.-№ 5.- С. 369-378.

12. Шульженко Д. І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей / Д. І. Шульженко.- К., 2009.- 385 с.

References

1. Bazyma, N. V. (2014) *Formuvannya movlennyevoyi aktyvnosti u ditey z autystychnymu porushennyamy starshoho doshkil'noho viku* [Peculiarities of

Correctional-Educational Work with Children with Special Educational Needs], Kyiv, Ukraine.

2. Baykina, N.H. and Kret, Ya.V. (2010) “Assimilation of the curriculum by students with a violation of the autism spectrum”, *Visnyk Zaporiz'koho natsional'noho universytetu*, vol. 2, pp. 17-26.

3. Halakh, T.V. (2016), *Diahnostyka i korektsiya ditey z Rannim Dytyachym Autyzmom* [Diagnostics and correction of children with Early Child's Autism], Netishyn, Ukraine.

4. Holovchenko, S.M. (2015), “Correctional-restorative care for children with autistic manifestations in behavior”, *Tavriys'kyi visnyk osvity.*, vol. 2(50), T. I., pp. 86-91.

5. Horbatenko, V.O. (2017), “Modern neuropsychological methods of correction of higher mental functions of children with autism”, *Materialy XVII Mizhnarodnoyi konferentsiyi «Polit. Suchasni problemy nauky». Napryam «Humanitarni nauky»*, vol. 1, pp.142-143.

6. Hoshovs'ka, D.T. (2011), *Spetsial'na psykholohiya ta metodyka pedahohichno-korektsiynoho treninhu* [Special psychology and methodology of pedagogical and correctional training], Luts'k, Ukraine.

7. Nahorna, O.B. (2016), *Osoblyvosti korektsiyno-vykhovnoyi roboty z dit'my z osoblyvymy osvitnimy potrebamy* [Peculiarities of Correctional-Educational Work with Children with Special Educational Needs], Rivne, Ukraine.

8. Ovchynnykova, S.V. Neyropsykholohycheskaya korektsyya pry autyzme [Online], available at: http://neirokid.ru/stati/article_post/neyropsikhologicheskaya-korektsiya-pri-autizme.

9. Ostrovs'ka, K. O. (2012) *Zasady kompleksnoyi psykholoho-pedahohichnoyi dopomohy dityam z autyzmom* [Fundamentals of comprehensive psychological and pedagogical assistance to children with autism], Triada plyus, Lviv, Ukraine.

10. Skrypnyk, T. and Skrypnyk, D. (2011), “Research of Parenting Concepts of Autism”, *Defektolohiya*, vol, pp.10-13.

11. Sheremet M. K., and Bazyma N. V. (2015) “Corrective-developmental work on the development of communicative speech function in children with autistic disorders of the senior preschool age”, *Aktual'ni problemy korektsiynoyi osvity*, vol. 5, pp. 369-378.

12. Shul'zhenko, D.I. (2009), *Osnovy psykholohichnoyi korektsiyi autystychnykh porushen' u ditey* [Fundamentals of psychological correction of autistic disorders in children], Kyiv, Ukraine.

УДК 658.3:159.943+159.944

Клочкова Анна Віталіївна, магістр психології, ПрАТ «ВНЗ «МАУП», 02000,
вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0069-0940>

ОСОБЛИВОСТІ ТРУДОВОЇ МОТИВАЦІЇ МЕНЕДЖЕРІВ КОМЕРЦІЙНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ

Анотація

Ключові слова: мотив, мотивація, трудова мотивація, фактори впливу на мотивацію, менеджер комерційної організації.

Постановка проблеми. Сьогодні ефективне управління персоналом є одним з основних завдань для будь-якої організації. Особливості трудової мотивації менеджера сучасної комерційної організації в умовах ринкової економіки є винятково важливим питанням, тому що від правильної організації мотивації співробітників залежить ефективний розвиток організації в цілому та її існування.

Формулювання мети статті. Мета - визначити основні фактори, що впливають на трудову мотивацію менеджерів комерційної організації.

Виклад основного матеріалу. Мотив прагнення до успіху у чоловіків більш виражений, ніж у жінок. Мотив уникати невдач більш виражений у жінок, ніж у чоловіків. Питома вага не встановленого домінуючого мотиву більша у жінок.

Висновки та перспективи подальших досліджень. На сучасному етапі розвитку економіки в Україні, основну увагу в системі мотивації необхідно звернути на такі фактори: матеріальна винагорода; комфортні та безпечні умови роботи; міжособистісні зв'язки; виявлення поваги; заохочення до самовдосконалення і самореалізації.

Аннотация

Клочкова А. В., магистр психологии; ЧАО «ВУЗ «МАУП»; г. Киев, Украина. **Особенности трудовой мотивации менеджеров коммерческой организации.**

Ключевые слова: мотив, мотивация, трудовая мотивация, факторы влияния на мотивацию, менеджер коммерческой организации.

Постановка проблемы. Сегодня эффективное управление персоналом является одной из основных задач для любой организации. Особенности трудовой мотивации менеджера современной коммерческой организации в условиях рыночной экономики является исключительно важным вопросом, так как от правильной организации мотивации сотрудников зависит эффективное развитие организации в целом и ее существование.

Формулировка цели статьи. Цель - определить основные факторы, влияющие на трудовую мотивацию менеджеров коммерческой организации.

Изложение основного материала. Мотив стремления к успеху у мужчин более выражен, чем у женщин. Мотив избегать неудач более выражен у женщин, чем у мужчин. Удельный вес неустановленного доминирующего мотива является большим у женщин.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. На современном этапе развития экономики в Украине, основное внимание в системе мотивации необходимо обратить на следующие факторы: материальное вознаграждение; комфортные и безопасные условия работы межличностные связи; выявление уважения; поощрение к самосовершенствованию и самореализации.

Klochkova A. V., Magister of Psychology; The Private Joint-Stock Company Higher Educational Institution Interregional Academy of Personnel Management; Kyiv, Ukraine. **Features of labor motivation of managers of a commercial organization.**

Key words: motive, motivation, labor motivation, factors of influence on motivation, manager of a commercial organization.

Formulation of the problem. Today, effective personnel management is one of the main tasks for any organization. Features of labor motivation of the manager of a modern commercial organization in a market economy is an extremely important issue, since the effective organization development as a whole and its existence depend on the proper organization of employee motivation.

Formulation of the purpose of the article. The goal is to identify the main factors affecting the labor motivation of managers of a commercial organization.

The presentation of the main material. The motive of striving for success in men is more pronounced than in women. The motive to avoid failures is more pronounced in women than in men. The proportion of the unidentified dominant motive is large in women.

Conclusions and prospects for further research. At the present stage of development of the economy in Ukraine, the main attention in the system of motivation should be paid to the following factors: material remuneration; comfortable and safe working conditions interpersonal communication; revealing respect; encouragement to self-improvement and self-realization.

Ключові слова: мотив, мотивація, трудова мотивація, фактори впливу на мотивацію, менеджер комерційної організації.

Постановка проблеми. Сьогодні ефективне управління персоналом є одним із основних завдань для будь-якої організації. Особливості трудової мотивації менеджера сучасної комерційної організації в умовах ринкової економіки є винятково важливою тому, що від правильної організації мотивації співробітників залежить ефективний розвиток організації в цілому та її існування .

Термін «мотивація» використовується у всіх галузях психології, менеджменту, соціології, які досліджують причини і механізми

цілеспрямованої поведінки людини. Він більш повно розкриває себе в міждисциплінарній галузі, на стику різних галузей знань. Проблемам ефективної мотивації людської діяльності присвячено праці багатьох вчених, таких як, Л.Є. Басовський, І.М. Герчикова, Н.В. Дикань, Н.І. Кабушкін, І.О. Кулініч, В.І. Хомяков, А.В. Шегда та ін. Разом із тим, проблеми мотивації та стимулювання сучасних працівників у нових економічних умовах недостатньо досліджені у роботах даних авторів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Відносно менеджменту, «мотивація» визначається як «процес спонукання себе й інших до діяльності для досягнення особистих цілей і цілей організації».

Згідно з дослідженнями Ярової Н., мотивація в особистісному контексті – це сукупність спонукань, що викликають активність людини і визначають її спрямованість. Мотивація в управлінському сенсі – це спосіб формування мотивів працівника до певних дій [10, с. 250].

Колот А.М. вважає, що мотивація — це сукупність внутрішніх і зовнішніх рушійних сил, які спонукають людину до діяльності, визначають поведінку, форми діяльності, надають цій діяльності спрямованості, орієнтованої на досягнення особистих цілей і цілей організації [5, с. 21].

Найбільш прийнятним тлумаченням поняття «трудовий мотив», на думку Д.П. Богині і М.В. Семикіної, є визначення, наведене у словнику А.І. Петровського та М.В. Ярошевського, де мотив розглядається як [2, с. 76]:

- спонукання до діяльності, що пов'язана із задоволенням потреб суб'єкта; сукупність зовнішніх та внутрішніх умов, які викликають активність суб'єкта і визначають спрямованість його дій;
- спонукання та визначення вибору спрямованості діяльності на предмет (матеріальний та ідеальний), заради якого вона здійснюється;
- усвідомлена причина, що лежить в основі вибору дій та вчинків особи.

Основними завданнями мотивації є:

- визнання праці працівників, що досягли значних результатів, з метою подальшого стимулювання їх творчої активності;

- демонстрація відносини фірми до високих результатів праці;
- популяризація результатів праці працівників, що отримали визнання;
- застосування різних форм визнання заслуг;
- підняття морального стану через відповідну форму визнання;
- забезпечення процесу підвищення трудової активності, що є метою керівництва.

В своїх дослідженнях, В. В. Травін, М. І. Магура, М. Б. Курбатова зазначають, що серед засобів, які можуть використовуватися для впливу на мотивацію працівників, виділяють наступні: організація робіт; матеріальне стимулювання; моральне стимулювання; постановка цілей; оцінка і контроль; інформування; практика управління; заходи дисциплінарного впливу; звернення до найбільш значущих для працівника цінностей [4, с. 35].

Широку класифікацію методів мотивації наводить В. П. Сладкевич. Мотиваційні методи він класифікує по об'єктах мотивації, використовуваним стимулам, видам потреб, спрямованості [3, с. 87]:

- по об'єктах мотивації розглядаються методи, спрямовані на колектив, окремих співробітників, жінок, початківців співробітників, досвідчених фахівців;
- у залежності від стимулів виділяються економічні та неекономічні методи, що підрозділяються, у свою чергу, на організаційні та морально-психологічні;
- за видами потреб (згідно з теорією А. Маслоу) наводяться методи, за допомогою яких менеджери можуть задовольнити потреби підлеглих під час трудового процесу;
- в залежності від спрямованості дій працівників (згідно з теорією підкріплення) розглядаються: методи позитивного підкріплення (заохочуються дії, що мають позитивну спрямованість); негативного підкріплення (заохочується відсутність дій із негативною спрямованістю); гасіння дій (відсутність підкріплення негативних і позитивних дій); покарання (припинення негативних дій).

Як і будь яка система, мотивація також повинна бути керованою системою. Управління мотивацією – це процес стимулювання працівників до здійснення ефективної діяльності, спрямованої на досягнення цілей підприємства. Мотивація необхідна для ефективного виконання прийнятих рішень і запланованих завдань [1, с. 120].

Виділяють зовнішні, внутрішні та соціальні чинники мотивації. До зовнішніх факторів мотивації відносять: професійну компетенцію, кваліфікацію, стабільність робочого місця, вигідні контрактні умови, перспективи кар'єрного зростання, рівень та умови оплати праці, частку участі в управлінні підприємством, величину доходів акцій. Внутрішні фактори мотивації включають в себе: творчий характер праці, оцінку колег, творча участь у розвитку виробництва, самореалізацію, рівень відповідальності, вміння працювати в команді, рівень корпоративної культури, комунікативність [7, с. 138]. Соціальні фактори утворюють: соціальні гарантії, пенсійне забезпечення, оплата тимчасової непрацездатності, оплата безробіття, зниження професійних ризиків, оплачувана відпустка, вихідна допомога, преміювання, оздоровлення тощо [8, с. 86].

Тип мотивації - це переважна спрямованість діяльності індивіда на задоволення визначених потреб. Таких типів може бути багато залежно від мети дослідження.

Найпоширеніші такі три типи мотивації:

- I тип – працівники, орієнтовані переважно на змістовність і суспільну значимість праці;
- II тип – працівники, переважно орієнтовані на оплату праці й інші нетрудові цінності;
- III тип – працівники, у яких значимість різних цінностей збалансована.

Дієва система мотивування менеджерів комерційної організації повинна базуватися на таких принципах: сприйняття працівника як особистості, повага до нього, його потреб та інтересів; · створення

безпечних, комфортних умов праці; · створення умов та надання однакових можливостей для професійного просування; · застосування об'єктивних критеріїв оцінки працівника; · забезпечення відповідності винагороди менеджера результатам його праці; · справедливий розподіл доходів, участь менеджерів у прибутках; · забезпечення моральної та соціальної захищеності трудового колективу.

Фактори, які впливають на зниження рівня трудової мотивації менеджерів комерційної організації такі: несприйняття менеджера як особистості, не достатня повага до нього, його потреб та інтересів; не створюються безпечні, комфортні умови праці; не створюються умови та надання однакових можливостей для професійного просування; не застосовуються об'єктивні критерії оцінки; не забезпечується справедлива винагорода; не забезпечується справедливий розподіл доходів, участь у прибутках; менеджери не залучаються до управління виробництвом; не забезпечується моральна та соціальна захищеність трудового колективу; в колективі не підтримується атмосфера довіри, зацікавленості в реалізації загальної мети; менеджери не залучаються до різних програм навчання і підвищення кваліфікації; система оцінки і оплати праці не прозора і не зрозуміла; менеджери не залучаються до вирішення проблем, що вимагають нестандартного підходу.

Формулювання мети статті. Об'єкт дослідження - особливості трудової мотивації менеджерів комерційної організації. Предмет дослідження - фактори впливу, що призводять до зниження рівня трудової мотивації співробітників. Мета - визначити основні фактори, що впливають на трудову мотивацію менеджерів комерційної організації.

Завдання дослідження: здійснити теоретико – аналітичний огляд літератури за темою дослідження; дослідити особливості трудової мотивації менеджерів комерційної організації.

Методи дослідження: теоретичний аналіз, бесіда, опитування, анкетування, тестування. Методики дослідження: методика виявлення

настанов «праця - гроші» (за О. Ф. Потьомкіною), методика діагностики структури мотивів трудової діяльності Т. Л. Бадоева, методика «Мотиваційний профіль» Ш. Річі й П. Мартін, тест-опитувальник мотивації на досягнення А. Меграбяна, тест «Я хочу...» Маслоу.

Виклад основного матеріалу. На першому етапі була застосована методика виявлення настанов «праця - гроші» (за О.Ф. Потьомкіною). За результатами: у 52 % випробовуваних працівників одержали домінуючу настанову – орієнтація на гроші. У 48 % досліджуваних отримали домінуючу настанову – орієнтація на працю.

На другому етапі була використана методика діагностики структури мотивів трудової діяльності Т.Л. Бадоева. Отримали такі дані: у 35 % випробовуваних співробітників середній рівень задоволеності. Понижений рівень у 23 % досліджуваних, підвищений рівень задоволеності у 20 % працівників. У 12 % випробовуваних маємо високий рівень і у 10 % - низький рівень задоволеністю трудовою діяльністю. На рис.1 показано одержані результати дослідження за допомогою діаграми.



Рис. 1. Структурний розподіл результатів за методикою діагностики структури мотивів трудової діяльності Т.Л. Бадоева

Наступна методика дослідження трудової мотивації, що була застосована, методика «Мотиваційний профіль» Ш. Річі й П. Мартін. За фактором «матеріальна винагорода» у 50 % опитуваних висока потреба у

матеріальній винагороді і високій зарплаті; у 37 % опитуваних одержали середню оцінку потреби у високій зарплаті. У 13 % за результатами дослідження вийшли низькі оцінки потреби у матеріальній винагороді.

За фактором «умови роботи» у 52 % опитуваних висока потреба у хороших умовах роботи і комфорті. У 43 % маємо середні оцінки потреби «умови роботи», у 5 % досліджуваних маємо низькі оцінки потреби у комфортних умовах роботи.

За фактором «соціальні контакти» у 40 % опитуваних одержали високі і середні оцінки за потребою у соціальних контактах. Низькі оцінки за потребою «соціальні контакти» отримали у 20 % опитуваних.

За фактором «визнання» у 53 % випробовуваних середня потреба у визнанні і оцінюванні заслуг. Висока потребу у визнанні і оцінці заслуг маємо у 42 % співробітників, що проходили опитування. У 5 % працівників низька потребу у визнанні їхніх заслуг і успіхів.

У 27 % випробовуваних висока потреба ставити для себе сміливі, складні цілі і досягати їх. У 55 % менеджерів, що приймали участь у опитуванні, мають середні оцінки. Низькі оцінки за потребою «досягнення» одержали у 18 % випробовуваних.

У 50 % опитуваних виявились середні оцінки за потребою у владі. У 35 % випробовуваних менеджерів одержали високі оцінки за потребою у владі. Лише у 15 % отримано низькі оцінки за потребою у владі і впливовості.

У 35 % випробовуваних одержали високі оцінки за фактором «творчість і креативність». У 40 % опитуваних маємо середні оцінки і у 25 % працівників – низькі оцінки за потребою у творчості і креативності.

У 18 % досліджуваних менеджерів одержали низькі оцінки за потребою у самовдосконаленні. У 41 % високі показники за потребою у самовдосконаленні. Середні показники також виявились у 41 % випробовуваних.

На четвертому етапі було проведено тест-опитувальник мотивації на досягнення А. Меграбяна для жінок і для чоловіків окремо. У 40 %

випробовуваних жінок домінуючою мотивацією є прагнення до успіху. Домінуюча мотивація не встановлена у 25 % досліджуваних жінок. У 35 % жінок отримали домінуючу мотивацію – прагнення уникати невдачі.

У 50 % опитуваних чоловіків домінуючою мотивацією на досягнення виявилась мотивація на досягнення успіху. Домінуюча мотивація не встановлена у 20 % випробовуваних чоловіків. У 30 % випробовуваних чоловіків домінуюча мотивація на досягнення – мотив уникнення невдачі.

На останньому етапі був використаний тест «Я хочу...» Маслоу.

За мотивом «матеріальне положення» у 52 % досліджуваних працівників актуальна потреба частково задоволена. У 28 % співробітників мотив «матеріальне положення» повністю незадоволений. Тому для цих працівників мотиватором буде підвищення зарплати або матеріальна винагорода.

У 17 % випробовуваних одержали повну задоволеність за шкалою «потреба у безпеці». У 58 % працівників, тобто у більшій половині, маємо часткову задоволеність за шкалою «потреба у безпеці». Повна незадоволеність за шкалою «потреба у безпеці» у 25 % опитуваних співробітників.

У половині випробовуваних співробітників одержали часткову задоволеність за потребою у повазі. У 22 % опитуваних маємо повну задоволеність за потребою у повазі. Повна незадоволеність у 28 % співробітників. Для них прояви поваги зі сторони будуть актуальним мотиватором до результативної роботи.

У 28 % опитуваних співробітників одержали повну незадоволеність за потребою у самореалізації. Повна задоволеність за шкалою «потреба у самореалізації» виявилась у 30 % випробовуваних. У 42 % опитуваних працівників одержали часткову задоволеність за шкалою «потреба у самореалізації». У 52 % випробовуваних менеджерів одержали домінуючу настанову – орієнтація на гроші. У 48 % досліджуваних отримали домінуючу настанову – орієнтація на працю. У 35 % випробовуваних середній рівень

задоволеності. Понижений рівень у 23 % досліджуваних, підвищений рівень задоволеності у 20 %. У 12 % випробовуваних маємо високий рівень і у 10 % - низький рівень задоволеністю трудовою діяльністю.

За методикою «Мотиваційний профіль» Ш. Річі й П. Мартін, найвищі оцінки у випробовуваних вийшли за факторами «матеріальна винагорода», «умови роботи» і «визнання».

Мотив прагнення до успіху у чоловіків більш виражений, ніж у жінок. Мотив уникати невдач більш виражений у жінок, ніж у чоловіків. Питома вага не встановленого домінуючого мотиву більша у жінок.

У більшості менеджерів комерційної організації актуальний мотив «матеріальне положення» частково задоволений. У 28% співробітників мотив «матеріальне положення» повністю незадоволений. Тому для цих працівників мотиватором буде підвищення зарплати або матеріальна винагорода. У 10-ти менеджерів потреба у безпеці повністю незадоволена. Для цих працівників необхідно покращити умови роботи, таким чином мотивувати їх до ефективнішої праці. У більшості опитуваних виявилась часткова задоволеність у міжособистісних зв'язках. Повна незадоволеність у 28 % опитуваних. У половини випробовуваних менеджерів одержали часткову задоволеність за потребою у повазі. Повна незадоволеність у 28 %. Для них прояви поваги зі сторони будуть актуальним мотиватором до результативної роботи. У 28 % опитуваних менеджерів одержали повну незадоволеність за потребою у самореалізації.

Висновки та перспективи подальших досліджень. У ході теоретичного аналізу, було виявлено, що мотивація — це сукупність внутрішніх і зовнішніх рушійних сил, які спонукають людину до діяльності, визначають поведінку, форми діяльності, надають цій діяльності спрямованості, орієнтованої на досягнення особистих цілей і цілей організації. На сучасному етапі розвитку економіки в Україні основна увага в системі мотивації приділяється рівню оплати плати, підвищенню її стимулюючої ролі, але важливу роль відіграють й інші чинники, відсутність

яких приводить до проблем трудової мотивації у працівників. Такими чинниками можуть бути: відсутність комфортних, безпечних умов праці; до працівника не проявляють повагу, до його інтересів або потреб; відсутні чи недостатні умови для професійного просування працівників; не застосовуються об'єктивні критерії оцінки працівника; відсутність або недостатність справедливої винагороди; не забезпечується справедливий розподіл доходів, участь працівників у прибутках. Отже, в першу чергу необхідно звернути увагу на такі фактори: матеріальна винагорода; комфортні та безпечні умови роботи; міжособистісні зв'язки; виявлення поваги; заохочення до самовдосконалення і самореалізації.

Список використаних джерел

1. Андрусь О. І. Мотивація як фактор управління діяльністю персоналу / Андрусь О. І. // Формування ринкових відносин в Україні. – 2014. – № 2. – С. 119 – 123.
2. Вілюнас В. К. Психологічні механізми мотивації людини / В. К. Вілюнас. – М.: Вид-во МДУ, 1990. – 288 с.
3. Іванов С. Л. Роль нематеріальних чинників мотивації праці у формуванні людського капіталу сучасного підприємства в Україні / С. Л. Іванов // Наукові праці НДФІ. – 2010. – № 5. – С. 34–38.
4. Ілляшенко А. Х. Історичний аспект формування мотивації праці / А. Х. Ілляшенко // Економіка та держава. – 2007. – Вип. 11. – С. 83–85.
5. Кулініч І. О. Психологія управління : підручник / І. О. Кулініч. – К.: Знання, 2011. – 415 с.
6. Шегда А. В. Менеджмент: підручник / А. В. Шегда.– К. : Знання, 2006. – 645 с.
7. Оніщук Ю. Ю. Мотивація як одна із складових ефективного управління розвитком людських ресурсів організації / Ю. Ю. Оніщук // Управління розвитком. — 2013. — № 12. — С. 137—139.

8. Орбан-Лембрик Л. Е. Психологія управління / Л. Е. Орбан-Лембрик.- К.:Академвидав, 2003. – 568 с.

9. Пахулюк М. О. Проблеми мотивації праці на промислових підприємствах України / Пахулюк М. О., Нікіфорова Л.О. // Проблеми формування нової економіки ХХІ століття. – 2010. – №3. – с.94.

10. Ярова Н. А. Теоретичний аналіз психологічних особливостей мотивації персоналу / Н. А. Ярова // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Психологія. - 2012. - № 1009, вип. 49. - С. 250-252.

References

1. Andrus', O. I. (2014), "Motivation as a factor in the management of personnel activities", *Formuvannya rynkovykh vidnosyn v Ukrayini*, vol.2., pp. 119 – 123.

2. Vilyunas, V.K. (1990), *Psykholohichni mekhanizmy motyvatsiyi lyudyny* [Psychological mechanisms of human motivation], MDU, Moscow, Russia.

3. Ivanov, S.L. (2010), "The role of non-material factors of labor motivation in the formation of human capital of a modern enterprise in Ukraine ", *Naukovi pratsi NDFI*, vol. 5, pp. 34–38.

4. Illyashenko, A. Kh. (2007), "Historical aspect of the formation of labor motivation", *Ekonomika ta derzhava*, vol. 11, pp. 83–85.

5. Kulinich, I.O. (2011), *Psykholohiya upravlinnya: pidruchnyk* [Psychology of management: a textbook], Znannya, Kyiv, Ukraine.

6. Shehda, A.V. (2006), *Menedzhment: pidruchnyk* [Management: a textbook], Znannya, Kyiv, Ukraine.

7. Onishchuk, Yu. Yu. (2013), "Motivation as one of the components of effective management of human resource development of the organization", *Upravlinnya rozvytkom*, vol.12, pp. 137-139.

8. Orban-Lembryk, L.E. (2003), *Psykholohiya upravlinnya* [Management Psychology], Akademvydav, Kyiv, Ukraine.

9. Pakhulyuk, M.O. and Nikiforova, L.O. (2010), “Problems of Labor Motivation at Industrial Enterprises of Ukraine”, *Problemy formuvannya novoyi ekonomiky KHKHI stolittya.*, vol. 3, p. 94.

10. Yarova, N.A. (2012), “Theoretical Analysis of Psychological Peculiarities of Personnel Motivation”, *Visnyk Kharkivs'koho natsional'noho universytetu imeni V. N. Karazina. Seriya: Psykholohiya*, vol. 1009 (49), pp. 250-252.

УДК 615,8+616.01+616.05:159.98

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

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

Траченко Владислав Анатолійович, кандидат медичних наук, доцент, професор кафедри медичної психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; 02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6242-1896>

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ІНВАЛІДНІСТЮ

Анотація

Ключові слова: медико-психологічна допомога, особи з інвалідністю, професійна реабілітація.

Постановка проблеми. Важливим компонентом комплексної медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю, засобом їх психологічної гармонізації особистості, що дозволяє досягти максимальної повноцінності в межах існуючої хвороби, є професійна самореалізація. Тому вбачається актуальним питання дослідження медико-психологічних аспектів динаміки психічних станів осіб з інвалідністю в процесі їх професійної реабілітації.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Серед найважливіших завдань медико-психологічного супроводу осіб з інвалідністю в процесі професійного навчання можна виділити наступні: підвищення рівня комунікативної компетентності; надання допомоги в усвідомленні бажань і можливостей, зміцненні адекватної самооцінки; усвідомлення відповідальності за своє життя, формування мотивації досягнення успіху

замість мотивації уникнення невдач; організація психологічної допомоги і підтримки в стресових і кризових ситуаціях, зміцнення віри в себе, допомога в залученні внутрішніх ресурсів; набуття конкретних психологічних навиків ефективного пошуку роботи. Завдання медичного психолога – сприяти формуванню ставлення до осіб з інвалідністю як до повноцінних членів суспільства, які мають певний виробничий потенціал та складають вагомую частку трудових ресурсів держави, мають право на гідну працю, професійну самореалізацію, повноцінне розкриття, розвиток і гармонізацію особистості.

Формулювання мети статті. Мета – визначити медико-психологічні особливості впливу професійної реабілітації в комплексному реабілітаційному процесі осіб з інвалідністю на їх психічні стани.

Виклад основного матеріалу. Серед емоційних станів осіб з інвалідністю поширені депресія, знижена самооцінка, почуття незахищеності та відчуженості, що впливає на відчуття ними самотності. Такі люди є вразливими, схильними до меланхолії, і такий стан викликає у них роздратованість та бажання змін. Все це сприяє фрустрації, тому надання можливості професійної самореалізації є одним із дієвих засобів подолання даної ситуації.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Психокорекційна робота, яку ми проводили у Всеукраїнському центрі професійної реабілітації інвалідів, була спрямована як на вирішення поточних питань профорієнтаційного та навчального процесу, так і, зокрема, на нормалізацію психічних станів осіб з інвалідністю. Психокорекційні заходи з використанням гештальт-підходів, арт-терапевтичних та ігрових методик були спрямовані на нормалізацію самопочуття, активності та настрою, тренування комунікативних навичок, корекцію самооцінки, розвиток мотиваційно-творчого компоненту. Особи з інвалідністю змогли пройти період адаптації до нових умов проживання та професійного навчання, перестали відчувати занепокоєння, невпевненість, страх і тривогу. Вони

навчилися ефективному спілкуванню, здобули нових друзів, відчули взаєморозуміння та підтримку.

Аннотація

Коляденко Н. В., д. мед. н., доцент, завідувача кафедрою медичинскою психології ЧАО «ВУЗ «МАУП»; **Траченко В. А.**, кандидат медичинських наук, доцент, професор кафедри медичинскою психології ЧАО «ВУЗ «МАУП»; г. Київ, Україна. **Медико-психологічні основи професійної реабілітації осіб з інвалідністю.**

Ключевые слова: медико-психологічна допомога, особи з інвалідністю, професійна реабілітація.

Постановка проблеми. Професійна самореалізація є важливим компонентом комплексної медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю, засобом психологічної особистої гармонізації, сприяючому досягненню максимальної повноцінності в межах існуючої хвороби. Тому актуальним є питання дослідження медико-психологічних аспектів динаміки психічних станів осіб з інвалідністю в процесі їх професійної реабілітації.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Серед найважливіших завдань медико-психологічного супроводження осіб з інвалідністю в процесі професійного навчання можна виділити наступні: підвищення рівня комунікативної компетентності; надання допомоги в усвідомленні бажань і можливостей, зміцненні адекватної самооцінки; усвідомлення відповідальності за свою життя, формування мотивації досягнення успіху замість мотивації уникнення невдач; організація психологічної допомоги і підтримки в стресових і кризових ситуаціях, зміцнення віри в себе, допомога в залученні внутрішніх ресурсів; набуття конкретних психологічних навичок ефективного пошуку роботи. Завдання медичинського психолога - сприяти формуванню відносин до осіб з інвалідністю як до повноцінних членів суспільства,

имеющим определенный производственный потенциал и составляющим весомую долю трудовых ресурсов государства, которые имеют право на достойный труд, профессиональную самореализацию, полноценное раскрытие, развитие и гармонизацию личности.

Формулировка цели статьи. Цель - изучить медико-психологические особенности воздействия профессиональной реабилитации в комплексном реабилитационном процессе лиц с инвалидностью на их психические состояния.

Изложение основного материала. Среди эмоциональных состояний лиц с инвалидностью распространены депрессия, сниженная самооценка, чувство незащищенности и отчужденности, что влияет на ощущение ими одиночества. Такие люди уязвимы, подвержены меланхолии, и это состояние вызывает у них раздражение и желание перемен. Все это способствует фрустрации, поэтому предоставление возможности профессиональной самореализации является одним из действенных средств преодоления данной ситуации.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Психокоррекционная работа, которую мы проводили во Всеукраинском центре профессиональной реабилитации инвалидов, была направлена как на решение текущих вопросов профориентационного и учебного процесса, так и, в частности, нормализацию психических состояний лиц с инвалидностью. Психокоррекционные мероприятия с использованием гештальт-подходов, арт-терапевтических и игровых методик были направлены на нормализацию самочувствия, активности и настроения, тренировки коммуникативных навыков, коррекцию самооценки, развитие мотивационно-творческого компонента. Лица с инвалидностью смогли пройти период адаптации к новым условиям проживания и профессионального обучения, перестали испытывать беспокойство, неуверенность, страх и тревогу. Они научились эффективно общению, приобрели новых друзей, почувствовали взаимопонимание и поддержку.

Annotation

Koliadenko N.V., PhD, MD, Associate Professor, Head of the Medical Psychology Department; **Trachenko V. A.**, PhD, Associate Professor, Professor of the Medical Psychology Department; The Private Joint-Stock Company Higher Educational Institution Interregional Academy of Personnel Management; Kyiv, Ukraine. **Medical and psychological foundations of professional rehabilitation of persons with disabilities.**

Key words: medical and psychological assistance, persons with disabilities, professional rehabilitation.

Formulation of the problem. Professional self-realization is an important component of the comprehensive medical and social rehabilitation of persons with disabilities, a means of psychological personal harmonization that contributes to the achievement of maximum usefulness within the existing disease. Therefore, the issue of research of medical and psychological aspects of the dynamics of mental states of persons with disabilities in the process of their professional rehabilitation is relevant.

Analysis of recent research and publications. Among the most important tasks of medical and psychological support of persons with disabilities in the process of vocational training, one can distinguish the following: raising the level of communicative competence; assistance in understanding the desires and opportunities, strengthening an adequate self-esteem; awareness of responsibility for their lives, the formation of motivation for them to succeed instead of motivation to avoid failures; organization of psychological help and support in stress and crisis situations, strengthening of self-confidence, assistance in attracting internal resources; acquiring specific psychological skills for effective job search. The task of the medical psychologist is to promote the attitude towards persons with disabilities as a full-fledged member of society, who have a certain production potential and make up a significant share of the labor resources of the state, have the right to decent work, professional self-realization, full disclosure, development and harmonization of the individual.

Formulating the purpose of the article. The purpose is to determine the medical and psychological features of the impact of vocational rehabilitation in the complex rehabilitation process of persons with disabilities on their mental condition.

The presentation of the main material. Among the emotional states of people with disabilities are depression, reduced self-esteem, feelings of insecurity and alienation, which affects their sense of loneliness. Such people are vulnerable, prone to melancholy, and this state causes them anger and desire for change. All this contributes to frustration, therefore the provision of professional self-realization is one of the effective means to overcome this situation.

Conclusions and prospects for further research. The psycho-correction work we conducted at the All-Ukrainian Center for the Professional Rehabilitation of the Disabled was aimed at solving the current issues of the vocational guidance and educational process, and, in particular, on the normalization of the mental states of persons with disabilities. Psycho correctional measures using gestalt approaches, art therapy and game techniques were aimed at normalizing the state of health, activity and mood, training of communicative skills, correction of self-esteem, development of motivational-creative component. Persons with disabilities were able to pass through the period of adaptation to new living conditions and vocational training, ceasing to experience anxiety, insecurity, fear and anxiety. They learned to communicate effectively, get new friends, and feel mutual understanding and support.

Ключові слова: медико-психологічна допомога, особи з інвалідністю, професійна реабілітація.

Постановка проблеми. Сучасна медична психологія має у своєму розпорядженні солідний методологічний і методичний апарат, що дозволяє одержувати надійні практичні рекомендації, необхідні для ефективної діагностики і лікування різних захворювань, а також для етично і соціально

виправданого впливу на мислення і поведінку людей з метою їхньої адаптації до змін умов життя, нормалізації психологічного клімату в трудових й інших колективах, раціональній організації різних видів діяльності і, нарешті, для навчання і виховання дітей, молоді і дорослих. Теоретичні й експериментальні дослідження в області медичної психології своїми результатами сприяють розвитку психологічної науки, медицини і педагогіки, а використання її прикладних висновків допомагає в професійній діяльності психологів, лікарів, соціальних працівників, вихователів, вчителів і викладачів, багатьох інших категорій фахівців, які мають справу з людьми [25]

Важливим компонентом комплексної медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю, засобом психологічної гармонізації особистості, що дозволяє досягти максимальної повноцінності в межах існуючої хвороби, є професійна самореалізація [1-6, 8, 19]. Однак в сучасних умовах, питання доцільності зосередження уваги саме на професійній реабілітації в комплексі реабілітаційних заходів, спрямованих на осіб з інвалідністю, стає все більш дискусійним, насамперед через економічну складову даної проблеми. В той же час, психологічне значення процесу соціальної інтеграції інвалідів шляхом їх професійного навчання та працевлаштування повсякчас недооцінюється, і, незважаючи на низку міжнародних і вітчизняних нормативно-правових документів, можливості численної кількості інвалідів у даному питанні залишаються обмеженими. Тому вбачається актуальним питання дослідження медико-психологічних аспектів динаміки психічних станів осіб з інвалідністю в процесі їх професійної реабілітації.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Категорії норми і патології, здоров'я і хвороби виступають основними векторами, що задають систему сприйняття і критерії оцінки стану людини в медичній психології. Категорія норми використовується як базовий критерій порівняння поточного (актуального) і постійного (звичайного) стану людей. З поняттям норми

тісно зв'язаний стан здоров'я, тоді як відхилення від норми розглядається як патологія і хвороба [20, 21, 23, 33-36].

В оцінці стану здоров'я в рамках біопсихосоціальної моделі провідну роль відіграють психологічні фактори. Суб'єктивне здоров'я виявляється в почутті оптимізму, соматичного і психологічного благополуччя, радості життя. [21-23, 33].

Внутрішня картина хвороби являє собою насамперед цілісне, нерозчленоване утворення, на формування якого впливають різні фактори: характер захворювання, його гострота і темп розвитку, особливості особистості в попередній хвороби період тощо [31]. У хворого складається відповідна модель захворювання, тобто, уявлення про його етіопатогенез, клінічну картину, лікування і прогноз, що визначає «масштаб переживань» та поведінки в цілому [28, 29, 31, 36].

Реакція особистості на хворобу та підтримка цієї реакції залежать від: характеру діагнозу; зміни фізичної повноцінності і зовнішності; зміни ролі хворого в сім'ї, суспільстві; наявності та вираженості життєвих обмежень, позбавлень, пов'язаних із хворобою; необхідності лікуватися, в тому числі оперативно [18, 23, 26].

На поведінку та реакцію хворого, в разі хвороби, впливає, насамперед, структура особистості до захворювання. Вважається, що адекватність реакції залежить від ступеня зрілості особистості та її актуальних можливостей [18, 23, 24, 26, 27]. Так у інфантильних, незрілих особистостей з рисами дитячості, часті витіснення і заперечення хвороби або «втеча у хворобу» хі. У астеничних, тривожних людей захворювання викликають бурхливу реакцію тривоги, хвилювання з наступними стійкими депресивно-іпохондричними порушеннями [11, 12, 14, 17, 39]. Реакція на хворобу значною мірою залежить також від віку хворого.

У змісті внутрішньої картини хвороби відбивається не тільки наявна життєва ситуація (ситуація хвороби), але і преморбідні (дохворобливі) особливості особистості хворого, його характер і темперамент. Преморбідні

особливості особистості багато в чому можуть пояснити появу в хворих переважно тих чи інших форм реагування на захворювання [18, 23-27, 39, 43-48]. Ставлення до захворювання є позицією особистості, яку В. М. М'ясищев розумів як складну динамічну систему відносин, що охоплюють всю область людської діяльності [26]. Щодо інвалідизуючих захворювань, то, поряд із особистісним, важливим є соціально-психологічний компонент внутрішньої картини хвороби. Позиція особистості залежить не лише від системи оціночних поглядів на себе, але й у значній мірі від рівня впевненості у громадському визнанні своєї діяльності та її значимості для оточуючих, що обумовлює відповідну самооцінку. Для хворої людини важливе значення має система взаємодії в родині та на роботі. Це стосується професії, соціального статусу, впливу хвороби на інтимну сторону життя. Ставлення оточуючих може мати різну спрямованість: від всебічної моральної та психологічної підтримки до повного неприйняття хворої людини і розриву з нею відносин, що позначається на всіх етапах формування внутрішньої картини хвороби.

В цьому контексті, застаріле стереотипне ставлення до осіб з інвалідністю як людей непрацездатних, знижує їх соціальну включеність та активність, негативно впливає на самооцінку, стигматизує та сприяє значній маргіналізації. Все це негативним чином впливає як на соціальний, так і на особистісний компоненти якості життя. Тому професійна реабілітація, надання людині з інвалідністю можливості професійної самореалізації особистісного потенціалу, є важливим чинником серед комплексу реабілітаційних заходів, що забезпечує успішну соціальну реінтеграцію інвалідів, є основою досягнення належної якості життя.

3 грудня 1982 р. Генеральна Асамблея ООН прийняла резолюцію «Про Всесвітню програму дій стосовно інвалідів», спрямовану на реалізацію цілей рівності та повної участі інвалідів у соціальному житті та розвитку. Серед напрямків відповідних дій увага акцентується на послугах для інвалідів із їх професійної орієнтації, професійного навчання та працевлаштування [1, 25].

Відновлення працездатності осіб з інвалідністю означає цілеспрямований та обмежений у часі процес, що має на меті дати можливість особистості досягти оптимального фізичного, розумового та соціального рівня функціонування з наданням їй тим самим можливостей для зміни її життя, що може потребувати заходів, спрямованих на компенсацію втрати функцій або усунення функціонального обмеження (наприклад, за допомогою технічних засобів), а також таких, що сприяють полегшенню пристосування або корегування в соціальному плані [16, 19].

Зміст реабілітаційних заходів в центрах професійної реабілітації інвалідів було встановлено наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 09.10.2006 №372 «Про затвердження Типового положення про центр професійної реабілітації інвалідів» [13, 16, 19, 31, 32].

Донедавна інваліди держави мали законодавчу можливість пройти професійно-медичну та психологічну реабілітацію та набути корисну соціально-значиму професію у Всеукраїнському центрі професійної реабілітації інвалідів [30, 40]. Однак останні реорганізаційні заходи спричинили перейменування даного Центру, замінивши професійну реабілітацію на комплексну. З одного боку, це розширює можливості охоплення інвалідів реабілітаційними заходами, навіть тих, які не можуть працювати. З іншого боку, такий підхід обмежує професійно-реабілітаційний потенціал інвалідів, не дає стимулу для розвитку прагнення професійної самореалізації. Дане питання є дискусійним, потребує уваги та моніторингу в динаміці.

Соціальна реабілітація - комплекс державних та суспільних заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для соціальної інтеграції інваліда в суспільство, відновлення його соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом орієнтації у соціальному середовищі, соціально-побутової адаптації, різноманітних видів патронажу і соціального обслуговування. Важливе місце в цьому комплексі послуг посідає професійна реабілітація [9, 17].

Для людини з інвалідністю, шлях до професійного успіху має перешкоди не тільки за рахунок недостатнього здоров'я, але і за рахунок майже неминучих психологічних порушень в комунікативній і соціальній сферах [11, 41]. Хронічні інвалідизуючі захворювання є могутнім чинником, що впливає на різні аспекти функціонування людей. Особам з інвалідністю нерідко притаманна неадекватна самооцінка, частіше занижена, а іноді і непомірно завищена, пасивність, конфліктність, висока тривожність і залежність від оцінки оточуючих; недостатня мотивація до навчання і праці. Ці люди часто дезадаптовані в житті, знаходяться в депресивному стані, у них часто загублений образ власного Я, немає конкретної мети, може бути висока тривожність, конфліктність. Люди, які були травмовані, можуть мати симптоми посттравматичного стресового розладу. Зазначені проблеми супроводжують людей з інвалідністю протягом довгого часу, і часто загострюються в результаті змін, пов'язаних з процесом навчання в центрах професійної реабілітації інвалідів. У слухачів центрів професійної реабілітації інвалідів можуть виявитися такі основні психологічні проблеми: соціальна дезадаптація, депресія, низький рівень розвитку комунікативних навичок (найчастіше як наслідок соціальної ізоляції), і, як наслідок цього, емоційна нестабільність, неадекватна самооцінка, емоційні проблеми [11].

Заходи з психологічної реабілітації інвалідів у процесі професійного навчання передбачають [7-9, 13, 16]: проведення психологічної діагностики особистості, визначення та використання форм, методів, засобів, терміну та процедур психологічної корекції, консультування, просвіти тощо; навчання прийомам та методам саморегуляції, самовиховання, самонавчання, формування позитивної мотивації щодо соціальних настанов на життя, професію, працю; проведення індивідуальної психокорекційної роботи; проведення психопрофілактичної та психокорекційної роботи з сім'єю інваліда.

Серед найважливіших завдань психологічного супроводу осіб з інвалідністю в процесі професійного навчання можна виділити наступні:

підвищення рівня комунікативної компетентності; надання допомоги в усвідомленні бажань і можливостей, зміцненні адекватної самооцінки; усвідомлення відповідальності за своє життя, формування мотивації досягнення успіху замість мотивації уникнення невдач; організація психологічної допомоги і підтримки в стресових і кризових ситуаціях, зміцнення віри в себе, допомога в задіянні внутрішніх ресурсів; набуття конкретних психологічних навиків ефективного пошуку роботи. Всі ці завдання вирішуються в процесі професійного навчання інвалідів за певними напрямками психологічної реабілітації [37, 38].

Основна вимога до медико-психологічної реабілітації в процесі професійного навчання осіб з інвалідністю - усунення негативних, шкідливих впливів на психіку факторів середовища [9, 15, 19, 28]. Зокрема, медичний психолог має вести роботу по запобіганню психологічному перевантаженню, пов'язаному з багатогодинним перебуванням в колективі, з напругою, викликаною у деяких слухачів невпевненістю в своїх знаннях, боязню контрольних робіт, кваліфікаційної атестації тощо. Багато слухачів відчують навчальне перевантаження, обумовлене перш за все психологічними причинами: недостатньо сформовані інтелектуальні і навчальні уміння і навички, відсутня позитивна навчальна мотивація, не розвинена пізнавальна активність. У багатьох слухачів може бути виявлена неадекватна самооцінка, що обумовлює невпевненість в своїх силах, підвищену тривожність тощо. Попередити всі ці небажані явища можна лише тоді, коли з самого початку професійної реабілітації чітко дотримуватимуться певних медико-психологічних умов [15, 28, 29, 42].

Професійній реабілітації людей з обмеженими можливостями нерідко перешкоджає упереджене ставлення до них у суспільстві, зокрема з боку найближчого оточення та потенційних роботодавців. Завдання медичного психолога – сприяти формуванню ставлення до осіб з інвалідністю як повноцінних членів суспільства, які мають певний виробничий потенціал та складають вагомий частку трудових ресурсів держави, мають право на гідну

працю, професійну самореалізацію, повноцінне розкриття, розвиток і гармонізацію особистості.

Формулювання мети статті. Мета – вивчити медико-психологічні особливості впливу професійної реабілітації в комплексному реабілітаційному процесі осіб з інвалідністю на їх психічні стани.

Виклад основного матеріалу. Для проведення експериментальних досліджень, спрямованих на визначення особливостей психічних станів осіб з інвалідністю та їх динаміки в процесі професійного навчання, було на основі рандомізації сформовано експериментальну групу досліджуваних – 46 слухачів Всеукраїнського центру комплексної реабілітації (м. Лютіж), які мали інвалідність II або III групи (за загальним захворюванням, з дитинства або внаслідок військових дій) та навчалися за спеціальністю «оператор комп'ютерного набору». В якості контрольної групи були досліджені 44 практично здорові особи – студенти ПрАТ «ВНЗ «МАУП». За кількісним, віковим і гендерним складом основна та контрольна групи відповідали одна одній.

Було проведено дослідження експериментальної та контрольної груп за методикою САН. Отримані результати наведені в таблиці 1.

Таблиця 1.

Результати емпіричних досліджень осіб з інвалідністю за методикою САН

ПОКАЗНИКИ						
Розрахункові дані	Самопочуття		Активність		Настрій	
	ОГ	КГ	ОГ	КГ	ОГ	КГ
	3,6	5,2	3,4	5,6	3,2	6,8
F	88					
P	< 0,05					
t-критерій табличний	1,99		1,99		1,99	
t-критерій розрахований	2,85		3,91		6,92	

Як видно з даної таблиці, виявлено статистично значущі відмінності між експериментальною та контрольною групами за всіма показниками

опитувальника САН. Цікавим видається той факт, що показники самопочуття активності та настрою в досліджуваних контрольній групі виявилися дещо меншими за показник настрою, і хоча ця різниця не є статистично значимою, це свідчить про наявність певної втомлюваності студентів. Однак все одно показники основної групи за цими характеристиками статистично достовірно були нижчими, ніж у контрольній групі осіб з інвалідністю.

Особливу увагу привертає значна відмінність між експериментальною та контрольною групами в показнику настрою. Якщо для контрольної групи зниження показників самопочуття та активності не виходить за межі норми та може бути інтерпретоване як наслідок втоми через психологічні перевантаження та хвилювання під час сесії, тобто, ситуативний прояв, то у осіб з інвалідністю це пов'язане з хронічним стражданням, що відбивається на якості життя в цілому та спричиняє істотне погіршення настрою.

Вимірювання самооцінки психічних станів за Айзенком показало, що в основній групі досліджуваних, у порівнянні з контрольною, істотно вищими є показники не лише тривожності та фрустрації, але й агресивності та ригідності (таблиця 2.).

Таблиця 2.

Результати дослідження самооцінки психічних станів осіб з інвалідністю за Айзенком

	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність
ОГ	16,8	18,4	18,2	16,6
КГ	8,2	9,0	7,6	7,2
F	88	88	88	88
P	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
t-критерій табличний	1,99	1,99	1,99	1,99
t-критерій розрахований	10,12	2,9	6,14	3,9

Виявлено, що за всіма показниками самооцінки психічних станів є статистично істотна різниця між експериментальною та контрольною досліджуваними групами. Особливо вираженою вона є в показниках тривожності та агресивності. Це можна тлумачити як ситуативну реакцію на

зміну життєвих стереотипів: потрапляння в нове місце проживання, необхідність інтенсивного спілкування, незвичні навчальні навантаження.

Невпевненість через обмеження здоров'я та тривалу соціальну ізолюваність спричиняють острах перед новим, тому досліджувані основної групи виявляють підвищену тривожність. Агресія в такому разі може пояснюватися як така, що має захисний характер, намагання відокремитися й повернутися в звичне становище, а будь-яке стороннє втручання сприймається як потенційна загроза, що спричиняє ускладнення спілкування та ефективної взаємодії з іншими людьми. Підвищення ригідності свідчить про намагання зекономити внутрішню енергію, не витрачаючи її на процеси адаптації до нового, наявність стереотипної поведінки, навіть якщо це не відповідає реальним умовам життя. В той же час, підвищена фрустрація вказує на невдоволення існуючим станом і потребу в його зміні, при водночас низькій самооцінці, побоюванню невдач, тенденції до уникання труднощів. Виходячи з вищезазначеного, психокорекційна тренінгова програма для осіб з інвалідністю в процесі їх професійної реабілітації має бути спрямована на підвищення адаптаційних можливостей, тренування комунікативних навичок, готовність до сприйняття нового, нормалізацію самооцінки осіб з інвалідністю.

Що стосується наступної використаної методики – Шкала самотності Д. Рассела, Л. Пепло та М. Фергюсона – вона була обрана для оцінки взаємин досліджуваних з мікросоціальним оточенням, щоб зрозуміти, наскільки це має значення для прояву тих чи інших психічних станів. Узагальнені результати опитування наведені в таблиці 3. В результаті проведених статистичних обчислень, виявлено дуже істотні відмінності щодо відчуття самотності в досліджуваних експериментальної групи осіб з інвалідністю та в контрольній групі. В експериментальній групі респонденти відчують себе самотніми, покинутими, незрозумілими, обмеженими в спілкуванні, ізолюваними від мікро- та макросоціуму, тоді як практично здоровим досліджуваним основної групи більшість таких відчуттів є невідомою, вони

завжди у колі подій і навіть іноді втомлюються від надмірного спілкування. Деякі досліджувані експериментальної групи також вказували, що іноді почуваються незрозумілими та важко сходяться з людьми, відмічали, що не дуже легко знаходять друзів. Але це скоріше вказує на інтравертований тип особистості, тому що загалом такі респонденти не відчували психологічного дискомфорту від нестачі спілкування. В той же час, особи з інвалідністю навіть при преморбідній екстравертованості ставали «вимушеними інтровертами» через як особливості внутрішньої картини хвороби, так і реакції мікросоціального оточення на фактор інвалідності.

Таблиця 3.

Результати дослідження відчуття самотності осіб з інвалідністю за методикою Д. Рассела, Л. Пепло, М. Фергюсона

№ з/п	Твердження	Часто		Іноді		Рідко		Ніколи	
		ОГ	КГ	ОГ	КГ	ОГ	КГ	ОГ	КГ
1	Я нещасливий, займаючись стількома справами сам			+	+				
2	Мені немає з ким поговорити	+							+
3	Для мене нестерпно бути таким самотнім	+					+		
4	Мені не вистачає спілкування	+					+		
5	Я відчуваю, нібито ніхто в дійсності не розуміє себе			+			+		
6	Я чекаю, що люди напишуть чи зателефонують мені			+	+				
7	Немає нікого, до кого я міг би звернутися	+							+
8	Я зараз більше ні з ким не близький	+					+		
9	Ті, хто мене оточують, не розділяють мої інтереси та ідеї	+					+		
10	Я відчуваю себе залишеним	+							+
11	Я не здатний розкріпоцятися та спілкуватися з тими, хто мене оточує	+					+		
12	Я відчуваю себе зовсім самотнім	+							+
13	Мої соціальні відношення та зв'язки поверхові	+							+
14	Я вмираю за компанією			+					+
15	В дійсності ніхто як слід не знає мене	+			+				
16	Я відчуваю себе ізольованим від інших	+							+
17	Я нещасливий, будучи таким відверненим	+							+
18	Мені важко заводити друзів	+			+				
19	Я відчуваю себе виключеним та ізольованим іншими	+							+
20	Люди навколо мене, але не зі мною	+					+		
Розрахунковий коефіцієнт		x3		x2		x1		x0	
Показник самотності		48		8	8		7		0
		ОГ				КГ			
		56				15			
F						88			
P						<0,05			
t-критерій Стьюдента табличний						1,99			
t-критерій Стьюдента розрахований						28,99			

Факторний аналіз емоційних станів осіб з інвалідністю представлений на рисунку 1.



Рис. 1. Емоційні стани відчуття самотності осіб з інвалідністю

Отже, в результаті проведених досліджень виявлено, що серед емоційних станів осіб з інвалідністю, що впливають на відчуття ними самотності, поширені депресія, знижена самооцінка, почуття незахищеності та відчуженості. Такі люди є вразливими, схильними до меланхолії, і такий стан викликає у них роздратованість та бажання змін. Все це створює ситуацію фрустрації, тому надання можливості професійної самореалізації є одним із дієвих засобів подолання даної ситуації.

Серед факторів, які обумовлюють відчуття самотності осіб з інвалідністю, є втрата через захворювання тісних мікросоціальних контактів, зниження самооцінки з відчуттям себе ізольованим, не таким як інші, нікчемним, неспроможним. В такому разі навіть професійне навчання з умов Центру професійної реабілітації сприймається як додатковий психотравмуючий компонент, тому що змушує змінити стереотипи, відірватися від звичної домашньої обстановки. Як правило, особи з інвалідністю звикають або до занедбання, або до гіперопіки, і можливість проявити себе, керувати власним життям викликає острах. Тому такі люди потребують від самого початку навчального процесу відповідного психокорекційного втручання з подальшим постійним психокорекційним супроводом, що дозволить допомогти їм адаптуватися як до навчання, так і до подальшої професійної діяльності, а також підвищить їх комунікативну спроможність, впевненість у собі, самооцінку, допоможе налагодити взаємини з оточуючими, не сприймати світ ворожим.

Серед реакцій на самотність у осіб з інвалідністю превалювало активне усамітнення, рідше вони були схильні до активних соціальних контактів, а деяким із досліджуваних була властива й сумна пасивність з бездіяльними роздумами. Фактор же «втрата грошей» у них практично не зустрічався, тому що цьому перешкоджали як фізичні, так і матеріальні обмеження.

Співвідношення причин самотності показано на рисунку 2.

Маючи ті чи інші вади здоров'я, інваліди не можуть не лише на рівні конкурувати на ринку праці зі здоровими людьми, але й мають обмеження щодо особистісної реалізації в бажаній професійній діяльності.

Важливе значення при проведенні професійної орієнтації та реабілітації має медико-психологічний аспект. Медичний психолог оцінює особистість хворої людини, стан психічних процесів та «внутрішню картину хвороби». При вирішенні питань профорієнтації з'ясовуються індивідуальний нахил, здібності та можливості оволодіння майбутньою професією, а для тих індивідуумів, які не мають професійної підготовки, їх

рівень освіти; для тих, що потребують переведення на іншу роботу (професію) – можливість використання спеціальної професійної підготовки та професійних навичок у новій професії; установки на продовження трудової діяльності, професійні наміри, самооцінку свого стану життєдіяльності, ціннісні орієнтації, свої можливості та ін. [7-10, 16, 19, 29].

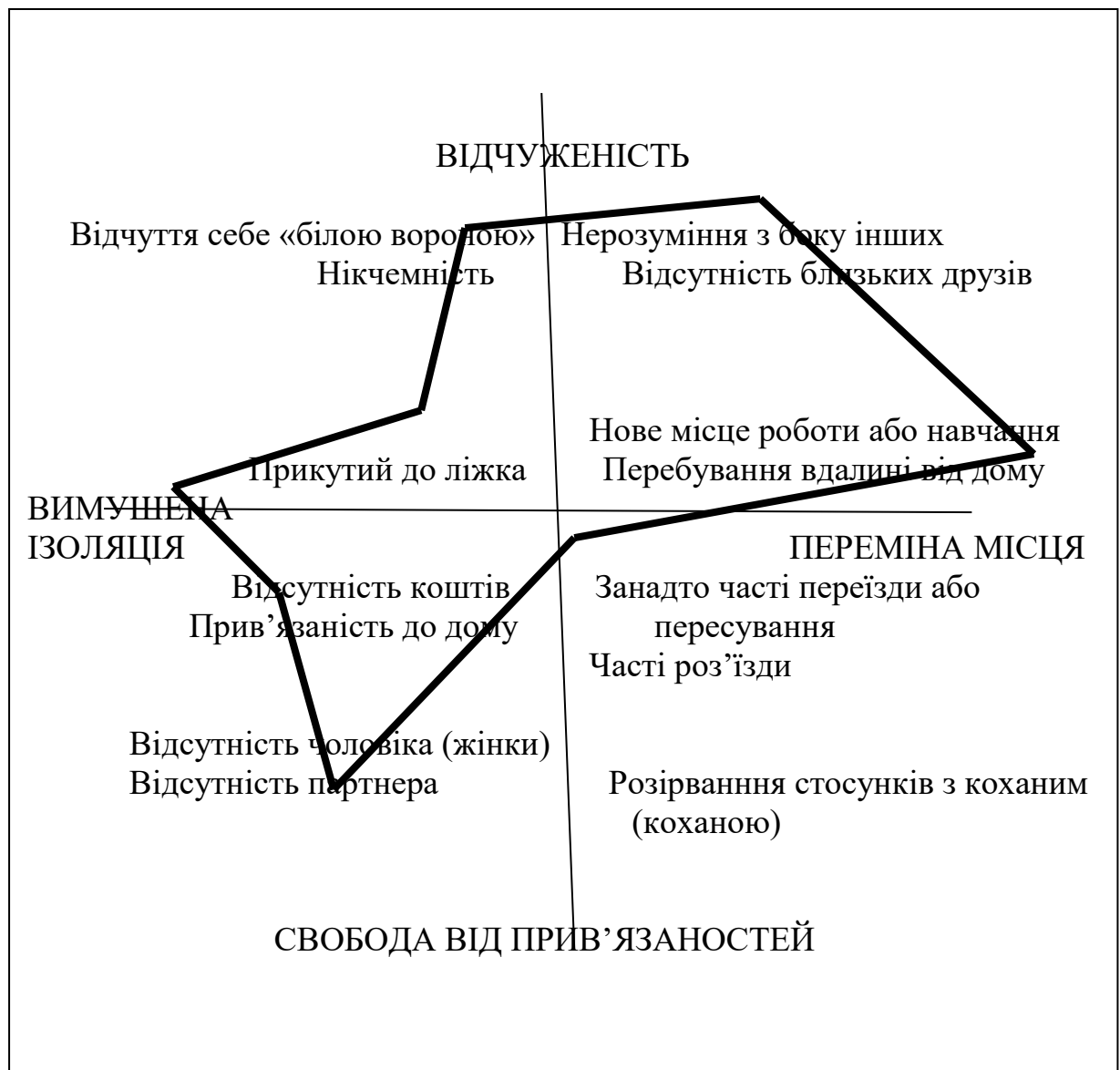


Рис. 2. Причини відчуття самотності осіб з інвалідністю

Особливо необхідна допомога медичного психолога в разі виявлення в особи з інвалідністю низького або значно зниженого реабілітаційного потенціалу особистості, коли спостерігається неспроможність (або відсутність намірів) розширяти обмежені сфери життєдіяльності. При

помірно зниженому реабілітаційному потенціалі особистості з'ясовуються причини його зниження та плануються психокорекційні заходи [7-10, 16, 19, 29, 31, 32].

Серед медико-психологічних факторів, що ускладнюють процес професійної реабілітації, можна віднести широкий діапазон фізичних обмежень, різницю в попередній підготовці, а також вікові особливості. Попереднє зарахування слухачів на навчання за робітничими професіями відбувається за їх бажанням. Але досвід показує, що часто кандидати переоцінюють свої можливості і занадто спрощують у своїй уяві процес професійної діяльності. Тому для визначення придатності до навчання необхідно провести вхідне психологічне тестування, яке б допомогло виявити професійні здібності слухачів. Результати вхідного тестування, як правило, підтверджуються в процесі подальшого навчання [45]. Для виявлення переважаючих напрямків у подальшому навчальному процесі, важливо виявити відношення слухачів як до сторонньої допомоги з боку інших слухачів, так і до своєї допомоги іншим в процесі навчання. В цьому допомагає проведення анкетування з відповідними запитаннями, анонімність в даному випадку допоможе встановити більш об'єктивну картину [28]. Для виявлення індивідуальних здібностей та уподобань слухачів, що дозволить створити в групі дружню та невимушену атмосферу в процесі навчання, проводиться відкрите анкетування на тему захоплень та хобі. Результати цього анкетування також допомагають у доборі практичних завдань, які урізноманітнять навчальний процес [28].

Висновки. Психокорекційна робота, яку ми проводили у Всеукраїнському центрі професійної реабілітації інвалідів, була спрямована як на вирішення поточних питань профорієнтаційного та навчального процесу, так і, зокрема, на нормалізацію психічних станів осіб з інвалідністю, порушення яких були виявлені в результаті проведених психодіагностичних досліджень.

Психокорекційні заходи з використанням гештальт-підходів, арт-терапевтичних та ігрових методик були спрямовані на нормалізацію самопочуття, активності та настрою, тренування комунікативних навичок, корекцію самооцінки, розвиток мотиваційно-творчого компоненту.

Результати дослідження за методикою САН показали, що самопочуття покращилося (з 3,6 до 4,2 балів при 5,2 в контрольній групі). Інвалідизуюча хвороба залишилася, однак відбулася трансформація її «внутрішньої картини», що проявилось в покращенні самопочуття. В той же час, показники активності та настрою змінилися практично до нормальних показників, статистично істотно відрізняючись від таких до психокорекційних втручань (активність - від 3,4 до 5,2 при 5,6 в контрольній групі).

Показник настрою з 3,2 піднявся до 6,6, що статистично відповідає такому в контрольній групі (t-критерій Стьюдента для пов'язаних сукупностей дорівнює 4,303).

Таким чином, в результаті застосування психокорекційної тренінгової програми покращилося самопочуття осіб з інвалідністю завдяки оптимізації їх «внутрішньої картини» хвороби, нормалізувалися показники активності та настрою, зросла самооцінка осіб з інвалідністю та мотивація до навчання, вони впевнилися в своїй спроможності реалізуватися в обраній професії.

За методикою «Відчуття самотності» також відбулася нормалізація показників з 56 до 28 балів (t-критерій Стьюдента для пов'язаних сукупностей дорівнює 12,706): особи з інвалідністю змогли пройти період адаптації до нових умов проживання та професійного навчання, перестали відчувати занепокоєння, невпевненість, страх і тривогу. Вони навчилися ефективному спілкуванню, здобули нових друзів, відчули взаєморозуміння та підтримку.

Заходи з психологічної реабілітації, які проводяться паралельно навчанню, дають можливість слухачам подолати наслідки соціальної дезадаптації, отримати психологічні знання, розвинути свої комунікативні

вміння, прояснити важливі життєві цілі, вирішити особистісні проблеми, які перешкоджають росту і розвитку, підвищити самооцінку.

В результаті застосування психокорекційної тренінгової програми покращилося самопочуття осіб з інвалідністю завдяки оптимізації їх «внутрішньої картини» хвороби, нормалізувалися показники активності та настрою, зросла самооцінка осіб з інвалідністю та мотивація до навчання, вони впевнилися в своїй спроможності реалізуватися в обраній професії.

Особи з інвалідністю змогли пройти період адаптації до нових умов проживання та професійного навчання, перестали відчувати занепокоєння, невпевненість, страх і тривогу. Вони навчилися ефективному спілкуванню, здобули нових друзів, відчули взаєморозуміння та підтримку.

Список використаних джерел

1. Декларації Організації Об'єднаних Націй // Електронний ресурс.- режим доступу: [http // zakon.rada.gov.ua](http://zakon.rada.gov.ua)
2. Саламанська декларація про принципи, політику та практичність діяльність у сфері освіти осіб з особливими потребами, 1994 р. // Електронний ресурс.- режим доступу: [http: ussf.kiev.ua/index.php? Go = Inklus @ id = 47](http://ussf.kiev.ua/index.php?Go=Inklus@id=47)
3. Стандартні Правила забезпечення рівних можливості для інвалідів, прийняті Резолюцією 48/96 Генеральної Асамблеї ООН від 29 грудня 1993 р // Електронний ресурс.- режим доступу: [http: // ussf.kiev.ua/index.php?go= Inklus @ id = 47](http://ussf.kiev.ua/index.php?go=Inklus@id=47)
4. Конвенція ООН про права інвалідів, ратифікована Законом України №1767-VI (1767-17) від 16.12.2009 // Електронний ресурс.- режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/99_g71
5. Конвенції та рекомендації Міжнародної організації праці (МОП) // Електронний ресурс.- режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/903_057

6. Закони України // Електронний ресурс.- режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show1533-14> .

7. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: зб.наук.праць.- №9 (11) .- К., -2012 246 с.

8. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Тези доповідей.- К., Університет "Україна", 2004. - 384 с

9. Актуальні проблеми професійної самореалізації осіб з особливими потребами: Зб.наук.праць / упоряд .: М.П. Лукашевич, Н.В. Коляденко, В.І. Жуков, О.М. Ковбаско.- К .: ІПК ДСЗУ, 2008.- 121 с.

10. Бабак О.М. Методичний посібник з організації професійного навчання за робітничими професіями та його соціально-психологічного супроводу в умовах центрів професійної реабілітації інвалідів // Бабак О.М., Малиновська Н.М., Скаковська В.Й. [Ред. М.Л. Авраменко] .- К .: «Університет» Україна », 2006.- 112 с.

11. Бойчелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: Навчальний посібник. // Бойчелюк В.Й., Турубарова А.В. - К .: Центр учбової літератури, 2011. - 264 с.

12. Вікова психологія: підручник [ред. В.Є. Клочко] .- К., 2003. 14

13. Громадян О.Б. Професійна орієнтація и профнавчання інвалідів / О.Б. Громадян // Актуальні проблеми навчання та виховання людей в інтегрованому освітньому середовищі: тези доп.: восьми Міжнар.наук.-практ.конфер., Відкритий между нар. Університет розвитку людини «Україна [та ін ..] .- К., 2007.- С. 99-100.

14. Загальна та медична психологія (практикум) [ред. І.Д. Спіріна, І.С. Вітенко], Дніпропетровськ: АРТ-прес, 2002.

15. Запрошує Вінницький центр професійної реабілітації інвалідів «Поділля // Електронний ресурс.- режим доступу: <http://svmisto.com.ua/main/78-zaproshuye-vnnickiy-mzhregionalniy-centr-profesyanoi-reabltacyi-nvaldv-podillya.html>

16. Іпатов Ф.В. Модель державної системи професійної реабілітації інвалідів в Україні: метод.реком. / Іпатов Ф.В., Сергієні О.В., Топка В.П.- К .: Укр.Держ.НДІ МСПІ, 225.06.2002 р.

17. Капська А. Й. Соціальна педагогіка: Навч. посібник для студ. вищ. пед. вузів / А. Й. Капська. - М .: Вид. центр «Владос», 2005. - 428 с.

18. Клінічна психологія: Навч. для студ. мед. вузів /Н.Д. Лакосина, І.І. Сергєєв, О.Ф. Панкова. - 2-е вид. - М .: МЕДпресс-інформ, 2005. - С. 9-23, 123-138.

19. Коляденко Н.В. Теоретико-методичні основи та інструментарій сприяння розвитку Трудової активності и конкурентоспроможності інвалідів на ринку праці: монографія / Н.В. Коляденко, - К .: ІПК ДСЗУ, 2014.- 234 с.

20. Лічко А. Є. Методика визначення типів ставлення до хвороби / А. Є. Лічко, М. Я. Іванов // Журнал невропатології і психіатрії. - 1980. - № 8. - С. 1527-1530.

21. Лурія А. Р. Внутрішня картина хвороби Паркінсона і ятрогенні захворювання / А. Р. Лурія. - М.: Мир, 1977. - 138 с.

22. Любан-Плоцца Б. Психосоматичні розлади у загальній медичній практиці / Любан-Плоцца Б., Пельдінгер В., Креггер Ф., Ледер-Хофман К. - СПб, 2000.

23. Малкіна-Пих І. Г. Психосоматика: Довідник практичного психолога / І.Г. Малкіна-Пих. - М.: Вид-во Ексмо. - 2005, 992 с.

24. Медична психологія: Підручник [ред. І. С. Вітенко]. - К.: Здоров'я, 2007. - С. 41-51.

25. Медична психологія: Підручник [ред. І. Д. Спіріна, І. С. Вітенко].- Дніпропетровськ: АРТ-прес, 2008.- 219 с.

26. Менделевич В. Д. Клінічна і медична психологія / В. Д.Менделевич.- М.: «МЕДпрес-інформ», 2005.- с. 3-61.

27. Напреєнко О. К. Психіатрія: підручник / О. К.Напреєнко, І. Й.Влох, О. З. Голубков [ред. О. К.Напреєнко].- К.: Здоров'я, 2001. -584 с.

28. Організація заходів з психологічної реабілітації в умовах центру професійної реабілітації інвалідів [Електронний ресурс].- Режим доступу: <http://uadocs.exdat.com/docs/index-160271.html>

29. Організація та управління системою професійної реабілітації інвалідів [Електронний ресурс].- Режим доступу: <http://helpiks.org/3-25085.html>

30. Піпченко Л. В. Соціально-психологічна робота в структурі Всеукраїнського центру професійної реабілітації інвалідів / Л. В. Піпченко / Актуальні проблеми професійної реабілітації і працевлаштування інвалідів: тези доп.- К., 2003.- С. 119-121.

31. Druss BG, Bradford WD, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Jun;58(6):565–72.

32. Enger C, Weatherby L, Reynolds RF, Glasser DB, Walker AM. Serious cardiovascular events and mortality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 2004 Jan;192(1):19–27.

33. Harrison CM, Britt HC. Prescriptions for antipsychotics in general practice. *Med J Aust* 2003;178(9):468–9.

34. McCreadie R. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia. *Brit Journ of Psychiatry*. 2003;113:534–53.

35. Rickelman BL. Anosognosia in individuals with schizophrenia: toward recovery of insight. *Ment Healt Nurs*.2004 Apr–May;25(3):227–42.

36. Straus SM, Bleumink GS, Dieleman JP, van der Lei J, Jong GW, Sturkenboom MC, Stricker BN. Antipsychotics and the risk of sudden cardiac death. *Arch Intern Med*. 2004 Jun 28;164(12):1293–7.

References

1. The United Nations Declarations [Online], available at: [http // zakon.rada.gov.ua](http://zakon.rada.gov.ua)

2. "The Salamanca Declaration on Principles, Policy and Practical Activity in the Sphere of Education for Persons with Special Needs" (1994) [Online], available at: [@ id = 47](http://ussf.kiev.ua/index.php?Go=Inklus)

3. "Standard Rules for Ensuring Equal Opportunities for Persons with Disabilities" (1993), issued by Resolution 48/96 of the General Assembly of the United Nations of December 29, 1993[Online], available at: [@ id = 47](http://ussf.kiev.ua/index.php?go=Inklus)

4. "The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities" (2009), ratified by the Law of Ukraine No. 1767-VI (1767-17) of December 16, 2009 [Online], available at: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/99_g71

5. Conventions and recommendations of the International Labor Organization (ILO) [Online], available at: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/903_057

6. Laws of Ukraine [Online], available at: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show1533-14>.

7. "Actual problems of education and upbringing of people with special needs", *Aktual'ni problemy navchannya ta vykhovannya lyudey z osoblyvymy potrebamy: Zb. Nauk. Prats* (2012), vol. 9 (11), Kyiv, Ukraine.

8. "Actual problems of education and training of people with special needs", *Aktual'ni problemy navchannya ta vykhovannya lyudey z osoblyvymy potrebamy: Tezy dopovidey: Abstracts* (2004), University "Ukraine", Kyiv, Ukraine.

9. Lukashevich, M.P. Kolyadenko, N.V. Zhukov, V.I. and Kovbasko, O.M. "Actual problems of professional self-realization of people with special needs", *Aktual'ni problemy profesiynoyi samorealizatsiyi osib z osoblyvymy potrebamy: Zb.nauk.prats* (2008), IPK DSZU, Kyiv, Ukraine.

10. Babak, O.M. Malinovskaya, N.M., Skakovskaya, VY. [ed. Avramenko, M.L.] (2006), *Metodychnyy posibnyk z orhanizatsiyi profesiynoho nachannya za robitnichimi profesiyami ta eho sotsial'no-psykholohichnoho suprovodu v uslovyyakh tsentriv profesiynoyi reabilitatsiyi invalidiv* [Methodical manual on the organization of professional beginnings for work-related professions and its social

and psychological support in the conditions of vocational rehabilitation centers for disabled persons], "University" Ukraine", Kyiv, Ukraine.

11. Boychelyuk, V.Y. and Turubarova, A.V. (2011), "*Psykholojiya lyudyny z obmezhenymy mozhlyvostyamy: Navchal'nyy posibnyk*" [Psychology of a person with disabilities: A manual.], Center for Educational Literature, Kyiv, Ukraine.

12. Klochko, V.E. (2003), *Vikova psykholojiya: pidruchnyk* [Age psychology: textbook], Kyiv, Ukraine.

13. Hromadyan, O.B. (2007), "Professional orientation and vocational training for the disabled", *Aktual'ni problemy navchannya ta vykhovannya lyudey v intehrovanomu osvith'omu seredovishchi: tezy dop.: vos'my Mizhnar.nauk.-prakt.konfer., Vidkrytyy mezhdunar. Universytet rozvytku lyudyny "Ukrayina"*, pp. 99-100.

14. Spirina, I.D. and Vitenko, I.S. (2002), "*Zahal'na ta medychna psykholojiya (praktykum)*" [General and medical psychology (workshop)], ART Press, Dnipropetrovsk, Ukraine.

15. "Invites the Vinnitsa Center for the Professional Rehabilitation of the Disabled "Podillya" [Online], available at: <http://svmisto.com.ua/main/78zaproschuye-vinnickiy-mzhregionalniy-centr-profesynoyi-reabltacyi-nvaldv-podillya.html/>

16. Ipatov, F.V. Sergieni, O.V. and Topka, V.P. (2002), "*Model' derzhavnoyi systemy profesiynoyi reabilitatsiyi invalidiv v Ukrayini: metod.rekom.*" [The model of the state system of vocational rehabilitation of the disabled in Ukraine: a methodical manual.], Ukr. Derzh. NII MSPI, Kyiv, Ukraine.

17. Kapska, A. Y. (2005), "*Sotsial'na pedahohika: Navch. posibnyk dlya stud. vyshch. ped. Vuziv*" [Social pedagogy: Teaching. student guide higher ped high schools], View. center "Vlados", Moscow, Russia.

18. Lakosina, N.D. Sergeev, I.I. and Punkova, O.F. (2005), "*Klinichna psykholojiya: Navch. dlya stud. med. Vuziv*" [Clinical Psychology: Teaching. for the stud honey. high schools], 2nd ed., MEDpress-inform, Moscow, Russia.

19. Kolyadenko, N.V. (2014), *“Theoretyko-metodychni osnovy ta instrumentariy spryyannya rozvytku Trudovoyi aktivnosti y konkurentospromozhnosti invalidiv na rynku pratsi: monohrafiya”* [Theoretical and methodical foundations and tools for promoting the development of labor activity and competitiveness of disabled people in the labor market: monograph], IPC DSZU, Kyiv, Ukraine.

20. Lichko, A.Ye. and Ivanov, M.Ya. (1980), “Method of determining the types of attitudes to the disease”, *Zhurnal nevropatolohiyi i psykhiiatriyi*, vol. 8, pp. 1527-1530.

21. Luriya, A.R. (1977), *Vnutrishnya kartyna khvoroby Parkinsona i yatrohenni zakhvoryuvannya* [Internal picture of Parkinson's disease and iatrogenic diseases], Mir, Moscow, Russia.

22. Luban-Plotsta, B. Pödingler, V. Kreger, F. and Leder-Hoffmann K. (2000), *Psykhosomatychni rozlady u zahal'niy medychniy praktytsi* [Psychosomatic disorders in general medical practice] - St. Petersburg, Russia.

23. Malkina-Pikh, I.G. (2005), *Psykhosomatyka: Dovidnyk praktychnoho psykhologa* [Psychosomatics: A Handbook of a Practical Psychologist], View of Exmo, Moscow, Russia.

24. Vitenko, I.S. (2007), *Medychna psykhologhiya: Pidruchnyk* [Medical Psychology: Textbook], Zdorovya, Kyiv, Ukraine.

25. Soirina, I.D. and Vitenko, I.S. (2008), *Medychna psykhologhiya: Pidruchnyk* [Medical Psychology: Textbook], ART-press, Dnipropetrovsk, Ukraine.

26. Mendelevich, V.D. (2005), *Klinichna i medychna psykhologhiya* [Clinical and medical psychology], "MedPress-inform", Moscow, Russia.

27. Napreenko, O. K. Volokh, I.Yu. and Golubkov, O.Z. (2001), *Psykhiiatriya: pidruchnyk* [Psychiatry: Textbook], Zdorovya, Kyiv, Ukraine.

28. "Organization of measures for psychological rehabilitation in the conditions of the center for vocational rehabilitation of the disabled" [Online], available at: <http://uadocs.exdat.com/docs/index-160271.html>.

29. “Organization and management of the system of vocational rehabilitation of the disabled” [Online], available at: <http://helpiks.org/3-25085.html>.

30. Pipchenko, L.V. (2003), “Socio-psychological work in the structure of the All-Ukrainian Center for the Professional Rehabilitation of the Disabled”, *Aktual'ni problemy profesynoyi rehabilitatsiyi i pratsevlashtuvannya invalidiv: tezy dop.*, pp. 119-121.

31. Druss, B.G. Bradford, W.D. Rosenheck, R.A. Radford, M.J. and Krumholz, H.M. (2001), “Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders” *Arch Gen Psychiatry*, 58(6):565–72.

32. Enger, C. Weatherby, L. Reynolds, R.F. Glasser, D.B., and Walker, A.M. (2004), “Serious cardiovascular events and mortality among patients with schizophrenia”, *J Nerv Ment Dis.*, 192(1):19–27.

33. Harrison, C.M. Britt, H.C. (2003), “Prescriptions for antipsychotics in general practice”, *Med J*, 178(9):468–9.

34. McCreadie, R. (2003), “Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophreni”, *Brit Journ of Psychiatry*, 113:534–53.

35. Rickelman, .B.L. (2004), “Anosognosia in individuals with schizophrenia: toward recovery of insight”, *Ment Healt Nurs.*, 25(3):227–42.

36. Straus, S.M. Bleumink, G.S. Dieleman, J.P. van der Lei, J Jong, G.W. Sturkenboom, M.C and Stricker, B.N. (2004), “Antipsychotics and the risk of sudden cardiac death”, *Arch Intern Med.*, 164(12):1293–7.

УДК 612.017.1:616-008]:577.164.17:577.121

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

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

**ПРОБЛЕМА РАССТРОЙСТВ СПЕКТРА АУТИЗМА,
АССОЦИИРОВАННЫХ С ГЕНЕТИЧЕСКИМ ДЕФИЦИТОМ
ФОЛАТНОГО ЦИКЛА, КАК ПРОЯВЛЕНИЯ
ИММУНОДЕФИЦИТНОЙ БОЛЕЗНИ**

Анотація

Мальцев Д. В., кандидат медичних наук, завідувач лабораторії імунології та молекулярної біології НДІ ЕКМ НМУ імені О. О. Богомольця; м. Київ, Україна. **Проблема розладів спектру аутизму, асоційованих з генетичним дефіцитом фолатного циклу, як прояву імунодефіцитної хвороби**

Ключові слова: аутизм, фолатний цикл, НК-, НКТ-клітини, імунодефіцит.

Постановка проблеми. Останнім часом все більше дослідників вказують на зв'язок розладів аутистичного спектру, асоційованих з первинним фолатним дефіцитом, з імунозалежною патологією.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У джерелах наукової літератури описані різні форми первинних імунодефіцитів при розладах аутистичного спектру, а дослідження, присвячені деяким первинним імунним дисфункціям, вказують на підвищений ризик розвитку аутизму.

Формулювання мети: провести комплексну оцінку імунного статусу у дітей з розладами аутистичного спектру, асоційованими з генетично детермінованим дефіцитом фолатного циклу.

Виклад основного матеріалу. В результаті оцінки імунного статусу встановлено, що майже всі діти з генетичним дефіцитом фолатного циклу були імуноскомпрометованими особами. Основою виявленого імунодефіциту було різко знижене кількість клітин субпопуляцій лімфоцитів з фенотипом CD3-CD16 + CD56 +, що отримали назву природних кілерів (natural killers, NK), і фенотипом CD3 + CD16 + CD56 +, або природних кілерних Т-клітин (natural killer T-cell, NKT) в периферичній крові. Крім цього, набагато рідше серед дітей з аутистичним спектром відзначалися інші порушення імунного статусу: зниження кількості CD8 + Т-лімфоцитів (23%), CD4 + Т-клітин (12%), CD19 + В-лімфоцитів (9% випадків). Дісімуноглобулінемія, що включає ізольовані і комбіновані дефіцити окремих класів і субкласів імуноглобулінів, виявлена в 43% випадків, однак найчастіше була неглибокою і носила транзиторний характер. Гіпоімуноглобулінемія зареєстрована лише в 17% випадків. Дефіцит мієлопероксидази фагоцитів відзначався в 35% випадків і комбінувався з порушеннями в інших ланках імунітету у варіабельній манері. Оскільки в структурі імунодефіциту у дітей з розладами спектру аутизму переважали клітинні порушення імунітету, наявний інфекційний синдром був представлений переважно внутрішньоклітинними патогенами, перш за все - опортуністичними вірусами з сімейства герпесу. Відзначалася підвищена продукція антимозкових антитіл, переважно - проти основного білка мієліну та нейронспецифічної енолази (близько 70%), а також ознаки аутоенсибілізації нейтрофілів (32%) і CD8 + цитотоксичних Т-лімфоцитів (24% випадків) до антигенів мозку. Ознаки антимієлінового аутоімунітету корелювали з радіологічними проявами лейкоенцефалопатії. Серед проявів антинейронального аутоімунітету найчастіше виявлялася продукція аутоантитіл до глутамінової декарбоксилази нейронів (GADA) - в 61% випадків, рідше - до калієвих каналів нервових клітин (34% випадків). У деяких пацієнтів мала місце аутоімунізація до амфіфізіну (19%) і рецепторів до N-метил-D-аспартату (NMDA) (3%).

Висновки і перспективи подальших досліджень. Імунна дисфункція при розладах спектра аутизму має варіабельний імунологічний фенотип, однак дефіцити NK-, NKT-клітин, CD8 + Т-лімфоцитів і мієлопероксидази є найбільш типовими ознаками хвороби. Найімовірніше, це нова форма первинного імунодефіциту, що потребує подальшого вивчення.

Аннотація

Мальцев Д. В., кандидат медичинських наук, завідуючий лабораторією імунології і молекулярної біології НІІ ЕКМ НМУ імені А. А. Богомольця; г. Київ, Україна. **Проблема расстройств спектра аутизма, ассоциированных с генетическим дефицитом фолатного цикла, как проявления иммунодефицитной болезни.**

Ключевые слова: аутизм, фолатный цикл, NK-, NKT-клетки, иммунодефицит.

Постановка проблемы. В последнее время все больше исследователей указывают на связь расстройств аутистического спектра, ассоциированных с первичным фолатным дефицитом, с иммунозависимой патологией.

Анализ последних исследований и публикаций. В источниках научной литературы описаны различные формы первичных иммунодефицитов при расстройствах аутистического спектра, а исследования, посвященные некоторым первичным иммунным дисфункциям, указывают на повышенный риск развития аутизма.

Формулировка цели: провести комплексную оценку иммунного статуса у детей с расстройствами аутистического спектра, ассоциированными с генетически детерминированным дефицитом фолатного цикла.

Изложение основного материала. В результате оценки иммунного статуса установлено, что почти все дети с генетическим дефицитом фолатного цикла были иммуноскомпрометированными лицами. Основой выявленного иммунодефицита было резко сниженное количество клеток субпопуляций лимфоцитов с фенотипом CD3–CD16+CD56+, получившие

название естественных киллеров (natural killers, NK), и фенотипом CD3+CD16+CD56+, или естественных киллерных Т-клеток (natural killer T-cell, NKT) в периферической крови. Помимо этого, гораздо реже среди детей с аутистическим спектром отмечались другие нарушения иммунного статуса: снижение количества CD8+ Т-лимфоцитов (23%), CD4+ Т-клеток (12%), CD19+ В-лимфоцитов (9% случаев). Дисиммуноглобулинемия, включающая изолированные и комбинированные дефициты отдельных классов и субклассов иммуноглобулинов, выявлена в 43% случаев, однако была неглубокой и носила транзиторный характер. Гипоиммуноглобулинемия зарегистрирована в 17% случаев. Дефицит миелопероксидазы фагоцитов отмечался в 35% случаев и комбинировался с нарушениями в других звеньях иммунитета в вариабельной манере. Поскольку в структуре иммунодефицита у детей с расстройствами спектра аутизма преобладали клеточные нарушения иммунитета, имеющийся инфекционный синдром был представлен преимущественно внутриклеточными патогенами, прежде всего – оппортунистическими вирусами из семейства герпеса. Отмечалась повышенная продукция антимозговых антител, преимущественно – против основного белка миелина и нейронспецифической энolahзы (около 70%), а также признаки аутоcенсибилизации нейтрофилов (32%) и CD8+ цитотоксических Т-лимфоцитов (24 % случаев) к антигенам мозга. Признаки антимиелинового аутоиммунитета коррелировали с радиологическими проявлениями лейкоэнцефалопатии. Среди проявлений антинеуронального аутоиммунитета чаще всего выявлялась продукция аутоантител к глутаминовой декарбоксилазе нейронов (GADA) – в 61% случаев, реже – к калиевым каналам нервных клеток (34% случаев). У некоторых пациентов имела место аутоиммунизация к амфифизину (19%) и рецепторам к N-метил-D-аспартату (NMDA) (3%).

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Иммунная дисфункция при расстройствах спектра аутизма имеет вариабельный иммунологический фенотип, однако дефициты NK-, NKT-клеток, CD8+ Т-

лимфоцитов и миелопероксидазы являются наиболее типичными признаками болезни. По-видимому, это новая форма первичного иммунодефицита, требующая дальнейшего изучения.

Annotation

Maltsev D. V., Ph.D., Head of Laboratory of Immunology and Molecular Biology, Scientific-Research Institute of Experimental and Clinical Medicine at the O. Bogomolets NMU; Kyiv, Ukraine. **The problem of autism spectrum disorders associated with the genetic deficiency of the folate cycle as a manifestation of the immunodeficiency disease.**

Key words: autism, folate cycle, NK-, NKT-cells, immunodeficiency.

Formulation of the problem. Recently, more researchers have pointed out the association of autistic spectrum disorders, associated with primary folate deficiency, with immune-related pathology.

Analysis of recent research and publications. The sources of scientific literature describe various forms of primary immunodeficiency disorders in autistic spectrum disorders, and studies on some primary immune dysfunctions indicate an increased risk of developing autism.

Target formulation: To conduct a comprehensive assessment of the immune status in children with autism spectrum disorders associated with a genetically determined folate cycle deficiency.

The presentation of the main material. As a result of assessing the immune status, it was found that almost all children with a genetic deficiency in the folate cycle were immunocompromised individuals. The basis of the identified immunodeficiency was a sharply reduced number of cells of lymphocyte subpopulations with the phenotype CD3 – CD16 + CD56 +, called natural killers (natural killers, NK), and the phenotype CD3 + CD16 + CD56 +, or natural killer T cells (natural killer T-cell, NKT) in peripheral blood. In addition, other disorders of the immune status were much less common among children with autistic spectrum: a decrease in the number of CD8 + T-lymphocytes (23%), CD4 + T-cells (12%),

CD19 + B-lymphocytes (9% of cases). Disimmunoglobulinemia, including isolated and combined deficiencies of classes and subclasses of immunoglobulins, was detected in 43% of cases, but more often it was shallow and was transient in nature. Hypoimmunoglobulinemia is registered only in 17% of cases. Phagocytic myeloperoxidase deficiency was noted in 35% of cases and was combined with disturbances in other parts of the immune system in a variable manner. Since the immune deficiency in children with autism spectrum disorders was dominated by cellular immunity disorders, the existing infectious syndrome was represented mainly by intracellular pathogens, the majority - opportunistic viruses from family herpes. There was an increased production of anti-brain antibodies, mainly against the myelin basic protein and neuron-specific enolase (about 70%), as well as signs of autosensitization of neutrophils (32%) and CD8 + cytotoxic T-lymphocytes (24% of cases) to brain antigens. Signs of anti-myelin autoimmunity correlated with radiological manifestations of leukoencephalopathy. Among the manifestations of anti-neuronal autoimmunity, the production of autoantibodies to glutamine decarboxylase neurons (GADA) was most often detected - in 61% of cases, less often - to potassium channels of nerve cells (34% of cases). Some patients had autoimmunization to amphiphysin (19%) and receptors for N-methyl-D-aspartate (NMDA) (3%).

Conclusions and prospects for further research. Immune dysfunction in autism spectrum disorders has a variable immunological phenotype, however, deficiencies of NK-, NKT-cells, CD8 + T-lymphocytes and myeloperoxidase are the most typical signs of the disease. Apparently, this is a new form of primary immunodeficiency, requiring further study.

Ключевые слова: аутизм, фолатный цикл, NK-, NKT-клетки, иммунодефицит.

Постановка проблемы. Расстройства психики аутистического спектра являются актуальной проблемой психиатрии, которая до сих пор не нашла

своего решения. В последнее время все больше исследователей указывают на связь расстройств аутистического спектра, ассоциированных с первичным фолатным дефицитом, с иммунозависимой патологией.

Анализ последних исследований и публикаций. В источниках научной литературы описаны различные формы первичных иммунодефицитов при расстройствах аутистического спектра, а исследования, посвященные некоторым первичным иммунным дисфункциям, указывают на повышенный риск развития аутизма; также продемонстрирована связь проявлений аутизма с некоторыми локусами гистосовместимости, подобно ряду аутоиммунных и аллергических синдромов [13, 14]. Имеются неединичные сообщения о появлении аутизма у взрослых и детей после перенесенных эпизодов нейроинфекций, преимущественно – оппортунистического спектра [3, 4]. Более того, результаты ряда клинических испытаний указывают на пользу от применения иммунотерапии у пациентов с расстройствами аутистического спектра [2]. Описаны различные формы иммунодефицитов неуточненного происхождения у детей с аутистическим спектром. Так, Santaella M.L. с соавт. показали, что избирательный дефицит IgA встречается среди пациентов с расстройствами аутистического спектра в 10,3 %, тогда как в контрольной группе здоровых детей – лишь в 1,6 % случаев [12]. Russo A.J. с соавт. продемонстрировали тесную связь между расстройствами аутистического спектра и дефицитом миелопероксидазы нейтрофилов [11]. Reinert P. с соавт. описали 20 случаев коревого подострого склерозирующего энцефалита с прогрессирующими психическими нарушениями у пациентов с избирательным клеточным дефицитом к вирусу кори [10]. Juonouchi H. с соавт. показали ассоциацию расстройств аутистического спектра у детей с избирательным дефицитом специфических антиполисахаридных антител и дисфункцией моноцитов [6]. Известна также ассоциация PANDAS и синдрома Туретта с избирательным дефицитом IgA [7], а рефрактерных эпилепсий у детей – с дефицитами субклассов IgG [9]. Все эти весомые

аргументы заставляют обратить более пристальное внимание на роль иммунозависимых механизмов в патогенезе аутистических психических нарушений.

Формулировка цели: провести комплексную оценку иммунного статуса у детей с расстройствами аутистического спектра, ассоциированными с генетически детерминированным дефицитом фолатного цикла.

Изложение основного материала. В проспективном контролируемом одноцентровом исследовании, проводившемся нами с 2010 по 2015 гг, принимали участие 78 детей с диагнозом расстройств психики аутистического спектра и/или детского церебрального паралича. Это были пациенты из различных регионов Украины в возрасте от 2 до 10 лет, 47 мальчиков и 31 девочка. Контрольную группу составили 34 здоровых ребенка с похожим возрастным и гендерным распределением. Все пациентам проводилось комплексное иммунологическое обследование в Институте иммунологии и аллергологии НМУ имени А.А. Богомольца, которое помимо общего анализа крови, включало изучение субпопуляционного состава лимфоцитов с использованием лазерной проточной цитофлуориметрии (цитофлуориметр Epics X1, США) и метода непрямой иммунофлуоресценции с моноклональными антителами к CD-маркерам с двумя или тремя метками (CD3+, CD3+CD4+, CD3+CD8+, CD3-CD19+, CD3-CD16+CD56+, CD3+CD16+CD56+) (реактивы Beckman Coulter, США). Фагоцитоз оценивали по данным латекс-теста с определением показателя фагоцитоза, фагоцитарного индекса, количества активных фагоцитов и фагоцитарной ёмкости крови, а также по активности ферментов миелопероксидазы (цитофлуориметрия) и НАДФ-оксидазы (НСТ-тест). Сывороточные концентрации иммуноглобулинов основных классов (M, G, A) устанавливали по результатам простой радиальной иммунодиффузии по Манчини. Концентрацию классов IgE, IgD и субклассов IgG (IgG1, IgG2, IgG3, IgG4) в сыворотке крови измеряли при помощи твердофазного иммуноферментного анализа (ВекторБЕСТ, РФ). Оценивали также сывороточные концентрации

известных биомаркеров генетического дефицита фолатного цикла – гомоцистеина, фолиевой кислоты, витаминов В12 и В6. Все дети проходили МРТ головного мозга в конвенционных режимах (Т1- и Т2-взвешенный, FLAIR) на томографах с величиной магнитной индукции не менее 1,5 Тл.

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

В результате оценки иммунного статуса установлено, что почти все дети с генетическим дефицитом фолатного цикла были иммуноскомпрометированными лицами, причем отмечались некоторые однотипные нарушения иммунитета. Основой выявленного иммунодефицита было резко сниженное количество клеток субпопуляций лимфоцитов с фенотипом CD3–CD16+CD56+, получившие название естественных киллеров (natural killers, NK), и фенотипом CD3+CD16+CD56+, или естественных киллерных Т-клеток (natural killer T-cell, NKT) в периферической крови. Эти миноритарные субпопуляции крайне важны в осуществлении противовирусного и антиопухолевого иммунитета, что в значительной мере может объяснить избирательное нарушение противовирусной резистентности у детей исследуемой группы, равно как и повышенную склонность к развитию неоплазий, причем преимущественно – вирус-индуцированных форм онкологической патологии, у пациентов с первичным дефицитом

ферментов фолатного цикла. Помимо этого, дефицит NK- и NKT-клеток ассоциирован с повышенной склонностью к развитию аутоиммунных осложнений [5] и гиперчувствительности замедленного типа [13], что согласуется с неоднократно зафиксированным феноменом аномально повышенной продукции аутоантител к мозговым антигенам и непереносимости многих пищевых аллергенов у детей с аутистическим спектром. Дефицит NK- и NKT-клеток также объясняет частое развитие побочных эффектов после вакцинаций, особенно – при введении живой аттенуированной вакцины против кори, краснухи и эпидемического паротита. Указанная форма клеточного иммунодефицита отмечалась среди участников исследуемой группы в 91% случаев, т.е. являлась специфическим признаком, в то время как среди здоровых детей контрольной группы признаки аналогичного иммунологического фенотипа имели место лишь в 27% случаев, причем обычно отмечалось незначительное снижение количества клеток ($p < 0,05$; $Z < Z_{0,05}$).

Помимо этого, гораздо реже среди детей с аутистическим спектром отмечались другие нарушения иммунного статуса: снижение количества CD8+ Т-лимфоцитов (23%), CD4+ Т-клеток (12%), CD19+ В-лимфоцитов (9% случаев). Таким образом, только в 23% случаев был тотальный дефицит всех основных противовирусных субпопуляций лимфоцитов: Т-киллеров, естественных киллеров и естественных киллерных Т-лимфоцитов, причем именно у таких детей отмечалась наибольшая вирусная нагрузка на момент вступления в исследование. Преимущественно имел место избирательный дефицит противовирусных клеток врожденного иммунитета, а количество CD8+ Т-лимфоцитов нередко оказывалось компенсаторно повышенным, что способствовало некоторому уменьшению вирусной нагрузки на организм ребенка. Такую форму иммунодефицита можно было легко идентифицировать в общем анализе крови, зафиксировав аномально малое количество клеток с фенотипом больших гранулярных лимфоцитов. Только у каждого десятого участника исследуемой группы было тотальное снижение

всех исследуемых субпопуляций лимфоцитов, что отражалось в виде лимфопении в общем анализе крови. Нарушения отмечались и в гуморальном звене иммунитета. Дисиммуноглобулинемия, включающая изолированные и комбинированные дефициты отдельных классов и субклассов иммуноглобулинов, выявлена в 43% случаев, однако чаще всего была неглубокой и носила транзиторный характер. Гипоиммуноглобулинемия зарегистрирована лишь в 17% случаев. Дефицит миелопероксидазы фагоцитов отмечался в 35% случаев и комбинировался с нарушениями в других звеньях иммунитета в вариабельной манере.

Изолированный дефицит клеток-киллеров имел место в 19% случаев, так как более чем у половины участников исследуемой группы отмечался расширенный иммунологический фенотип (54%), при котором наряду с выраженным и стойким дефицитом НК- и НКТ-клеток отмечались менее глубокие и преимущественно транзиторные нарушения в других звеньях иммунитета, а именно – дефицит CD8⁺ Т-лимфоцитов, различные виды дисиммуноглобулинемии и дефицит миелопероксидазы фагоцитов (табл. 1, 2).

Таблица 1.

Сравнительный анализ средних величин показателей иммунного статуса у пациентов групп наблюдения

Клетка/фактор	X ИГ	X КГ	Статистическая значимость
NK, x10 ⁹ /л	0,09±0,002	0,22±0,2	p<0,05; Z<Z _{0,05}
НКТ, x10 ⁹ /л	0,02±0,003	0,17±0,4	p<0,05; Z<Z _{0,05}
CD8 ⁺ Т-лимфоциты, x10 ⁹ /л	0,71±0,2	0,94±0,2	p>0,05; Z>Z _{0,05}
CD4 ⁺ Т-лимфоциты, x10 ⁹ /л	3,99±1,1	3,24±1,7	p>0,05; Z>Z _{0,05}
CD19 ⁺ В-лимфоциты, x10 ⁹ /л	0,48±0,1	0,37±0,5	p>0,05; Z>Z _{0,05}
Миелопероксидаза, %	61,2±7,2	92,8±3,3	p<0,05; Z<Z _{0,05}
IgM, г/л	0,91±0,3	1,12±0,5	p>0,05; Z>Z _{0,05}
IgA, г/д	0,67±0,2	0,86±0,4	p>0,05; Z>Z _{0,05}
IgG, г/л	8,81±1,2	7,94±1,1	p>0,05; Z>Z _{0,05}
IgE, МЕ/мл	26,11±5,4	19,83±4,6	p>0,05; Z>Z _{0,05}
IgG1, г/л	5,1±2,2	5,7±3,5	p>0,05; Z>Z _{0,05}
IgG2, г/л	1,8±0,9	1,6±0,7	p>0,05; Z>Z _{0,05}
IgG3, г/л	0,8±0,4	0,6±0,4	p>0,05; Z>Z _{0,05}
IgG4, г/л	0,3±0,1	0,2±0,09	p>0,05; Z>Z _{0,05}

В свете выявленных нами иммунологических данных, представляется очевидным, что, по крайней мере, в части представленных случаев, указанные иммунные нарушения были лишь фрагментами более широкого фенотипа иммунодефицита, ассоциированного с генетическими нарушениями фолатного цикла. Также следует помнить о неклассифицированных аутоиммунных реакциях, включая продукцию аутоантител к антигенам коры головного мозга, о которых сообщали ранее в контексте расстройств аутистического спектра у детей [8, 14].

Таблица 2.

Результаты измерения отношения шансов и 95% доверительного интервала показателей иммунного статуса у пациентов групп наблюдения

Дефицит клетки/фактора	N ИГ	N КГ	OR	95% CI
НК и/или НКТ-клетки	71	9	28,17	7,85-56,82*
НК+ НКТ	48	4	12,0	3,93-36,29*
НК-клетки	58	7	11,18	4,34-28,50*
НКТ-клетки	62	6	18,08	6,42-50,41*
CD8+ Т-лимфоциты	18	4	2,25	0,70-7,17
Миелопероксидаза	27	4	3,97	1,27-12,42*

Примечание. * - $\alpha=0,05$.

Поскольку в структуре иммунодефицита у детей с расстройствами спектра аутизма преобладали клеточные нарушения иммунитета, имеющийся инфекционный синдром был представлен преимущественно внутриклеточными патогенами, прежде всего – оппортунистическими вирусами из семейства герпеса. Ранее о такой ассоциации сообщал Binstock T. [1]. Комбинация клеточного иммунодефицита с расстройствами гуморального иммунитета опосредовала повышенную чувствительность к стрептококку и связанной с этим патогеном форме нейроревматизма в виде PANDAS, а дефицит миелопероксидазы – склонность к кандидозу (рис. 1). Помимо инфекционных проявлений, иммунодефицит, отмечающийся у детей с расстройствами спектра аутизма, ассоциированными с генетическим

дефицитом фолатного цикла, приводил к аутоиммунным и аллергическим синдромам.

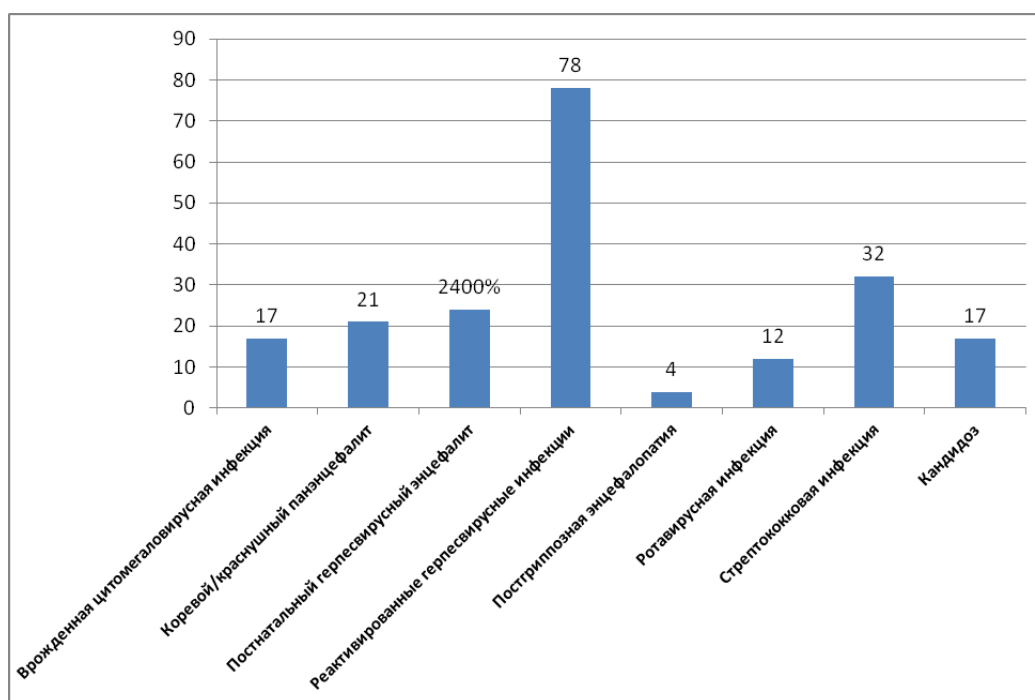


Рис. 1. Структура инфекционного синдрома у пациентов с генетическим дефицитом фолатного цикла (n=78)

Действительно, у детей исследуемой группы, помимо внутриклеточных инфекций, отмечалась повышенная продукция антимозговых антител, преимущественно – против основного белка миелина и нейронспецифической энолазы (около 70%), а также признаки аутосенсibilизации нейтрофилов (32%) и CD8+ цитотоксических Т-лимфоцитов (24 % случаев) к антигенам мозга (рис. 2). Связь хронических вирусных инфекций и аутосенсibilизации к мозговым антигенам, например, из-за механизма молекулярной мимикрии, хорошо известна, в частности – при рассеянном склерозе. По-видимому, генетический дефицит фолатного цикла способствовал как снижению резистентности к внутриклеточным патогенам, так и индукции аутоиммунных реакций, что указывает на нарушение иммунного статуса у таких пациентов. Тем более, что ранее уже

неоднократно сообщали о повышенном риске развития рассеянного склероза при генетическом дефиците цикла фолиевой кислоты.



Рис. 2. Структура проявлений антимиелинового аутоиммунитета у детей исследуемой группы (n=78)

Этот антимиелиновый аутоиммунитет был не простым свидетелем, а активным участником патологического процесса, поскольку коррелировал с проявлениями лейкоэнцефалопатии. Наряду с оппортунистическими вирусами, антимиелиновые аутоиммунные реакции следует рассматривать как причину нарушения развития миелина в полушариях большого мозга, особенно – в перивентрикулярных участках теменных долей, у детей с расстройствами спектра аутизма. Тяжесть лейкоэнцефалопатии широко варьирует и связана как с интенсивностью аутоиммунной реакции, так и с выраженностью психических нарушений. Ниже приведен спектр радиологических проявлений лейкоэнцефалопатии у детей с расстройствами спектра аутизма, ассоциированными с генетическим дефицитом фолатного цикла (рис. 3).

Рис. 3. Гетерогенность проявлений лейкоэнцефалопатии у детей с генетическим нарушением фолатного цикла (А - незрелость головного мозга и диффузное нарушение миелинизации; Б - обширная перивентрикулярная демиелинизация, напоминающая лейкодистрофию; В – выраженная билатеральная демиелинизация в теменных долях перивентрикулярно, дизгенезия мозга, деформация желудочковой системы, Г – ограниченное двустороннее нарушение миелинизации в теменных долях перивентрикулярно; собственные наблюдения).

Кроме того, у детей с расстройствами спектра аутизма, ассоциированными с генетическим дефицитом фолатного цикла, в 33% случаев отмечаются признаки антинейронального аутоиммунитета. Чаще всего выявлялась продукция аутоантител к глутаминовой декарбоксилазе нейронов (GADA) – в 61% случаев, реже – к калиевым каналам нервных клеток (34% случаев). У некоторых пациентов имела место аутоиммунизация к амфифизину (19%) и рецепторам к N-метил-D-аспартату (NMDA) (3%) (рис. 4). Такие антинейрональные аутоантитела известны в контексте учения об аутоиммунных энцефалитах у взрослых и детей, которые проявляются психотическими, эпилептическими, экстрапирамидными и когнитивными расстройствами. Таким образом, наличие антинейрональной аутоиммунизации у детей с расстройствами спектра аутизма может объяснить происхождение некоторых клинических проявлений имеющегося психиатрического заболевания.

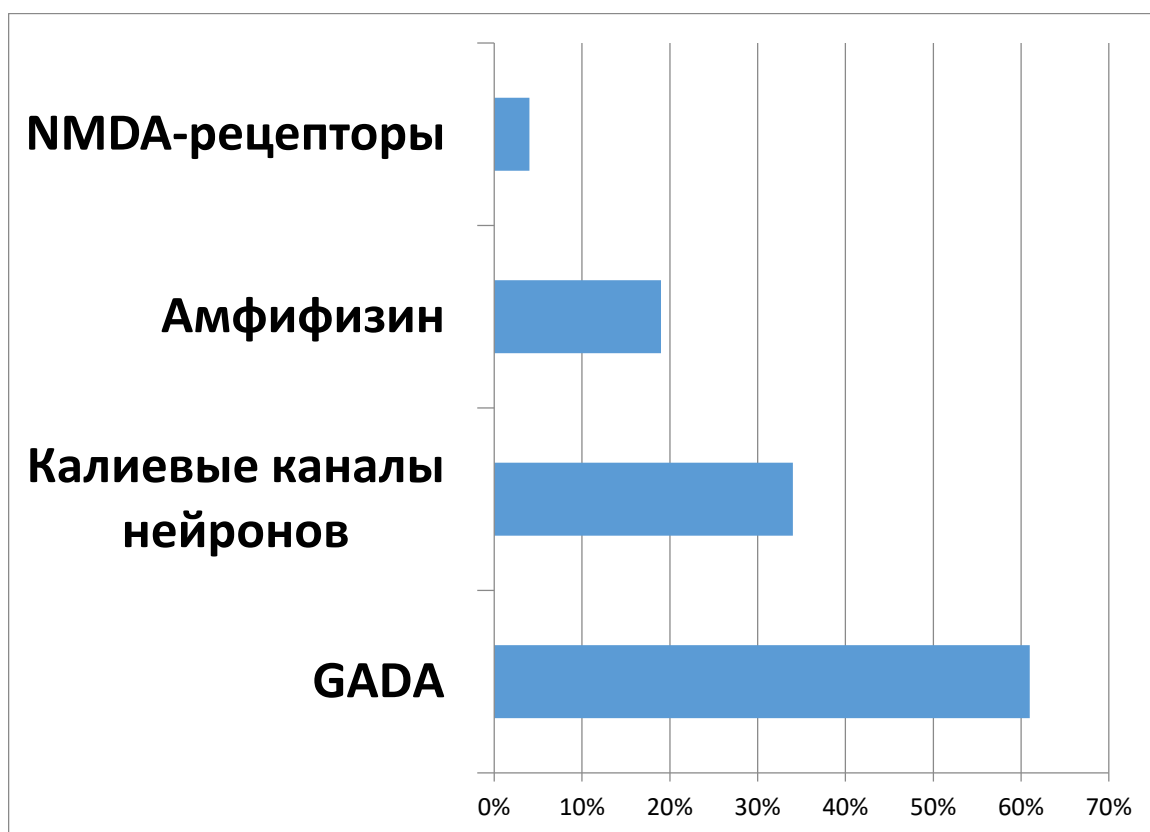


Рис. 4. Структура проявлений антинейронального аутоиммунитета у детей исследуемой группы (n=78)

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Иммунная дисфункция при расстройствах спектра аутизма имеет переменный иммунологический фенотип, однако дефициты NK-, NKT-клеток, CD8+ Т-лимфоцитов и миелопероксидазы являются наиболее типичными признаками болезни. Преимущественное вовлечение NK- и NKT-клеток предопределяет избирательное и резкое снижение резистентности к внутриклеточным микроорганизмам, включая оппортунистические вирусы, склонность к индукции аутоиммунных реакций к миелину и нейронам и проявлений гиперчувствительности замедленного типа. Данный первичный иммунодефицит позволяет объяснить ключевые особенности широкого клинико-лабораторного фенотипа болезни и объединить, на первый взгляд, разрозненные синдромы, которые часто последовательно или одновременно развиваются у детей с аутистическим спектром, ассоциированным с генетически детерминированным дефицитом фолатного цикла (психиатрический, эпилептический, кишечный, аллергический, инфекционный, ревматический). Также эта новая форма первичного иммунодефицита может быть объектом эффективных терапевтических вмешательств с мультимодальным воздействием, позволяющих достигнуть прогресса в лечении болезни.

Список использованных источников

1. Binstock, T. (2001), "Intra-monocyte pathogens delineate autism subgroups" *Med. Hypotheses*, vol. 56(4), pp. 523–531.
2. 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.
3. Engman, M.L., Sundin, M., Miniscalco, C. (2015), "Prenatal acquired cytomegalovirus infection should be considered in children with autism" *Acta Paediatr*, vol. 104(8), pp. 792–795.

4. Ghaziuddin, M., Al-Khoury, I., Ghaziuddin, N. "Autistic symptoms following herpes encephalitis" *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry*, vol. 11(3), pp. 142–146.
5. Inaoka, M. (2005), "Innate immunity and hypersensitivity syndrome" *Toxicology*. vol. 209(2), pp. 161–163.
6. 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, pp. 4.
7. Kawikova, I., Grady, B.P., Tobiasova, Z. et al. (2010), "Children with Tourette's syndrome may suffer immunoglobulin A dysgammaglobulinemia: preliminary report" *Biol. Psychiatry*, vol. 67(7), pp. 679–683.
8. Mora, M., Quintero, L., Cardenas, R. (2009) "Association between HSV-2 infection and serum anti-rat brain antibodies in patients with autism" *Invest. Clin.*, vol. 50(3), pp. 315–326.
9. Plebani, A., Duse, M., Tiberti, S. (1988), "Intravenous gamma-globulin therapy and serum IgG subclass levels in intractable childhood epilepsy" *Monogr. Allergy*, vol. 23, pp. 204–215.
10. Reinert, P., Moulias, R., Goust, J.M. (1972), "Demonstration of cellular immunity deficiency limited to measles virus in 20 cases of subacute sclerosing leukoencephalitis" *Arch. Fr. Pediatr*, vol. 29(6), pp. 655–665.
11. Russo, A.J., Krigsman, A., Jepson, B., Wakefield, A. (2009), "Low serum myeloperoxidase in autistic children with gastrointestinal disease" *Clinical and Experimental Gastroenterology*, vol. 2, pp. 85–94.
12. Santaella, M.L., Varela, Y., Linares, N., Disdier, O.M. (2008), "Prevalence of autism spectrum disorders in relatives of patients with selective immunoglobulin A deficiency" *P. R. Health. Sci J*, vol. 27(3), pp. 204–208.
13. Schleinitz, N., Vély, F., Harlé, J.N., Vivier, E. (2010), "Natural killer cells in human autoimmune diseases" *Immunology*, vol. 131(4), pp. 451–458.

14. Singh, V.K., Lin, S.X., Yang, V.C. (1998), “Serological association of measles virus and human herpesvirus-6 with brain autoantibodies in autism” *Clin. Immunol. Immunopathol*, vol. 89(1), pp. 105–108.

References

1. Binstock, T. (2001), “Intra-monocyte pathogens delineate autism subgroups”, *Med. Hypotheses*, vol. 56(4), pp. 523–531.
2. DelGiudice-Asch, G. Simon, L. and Schmeidler, J. (1999), “Brief report: a pilot open clinical trial of intravenous immunoglobulin in childhood autism”, *J. Autism Dev. Disord*, vol. 29(2), pp. 157–160.
3. Engman, M.L. Sundin, M. and Miniscalco, C. (2015), “Prenatal acquired cytomegalovirus infection should be considered in children with autism”, *Acta Paediatr*, vol. 104(8), pp. 792–795.
4. Ghaziuddin, M. Al-Khoury, I. and Ghaziuddin, N. “Autistic symptoms following herpes encephalitis”, *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry*, vol. 11(3), pp. 142–146.
5. Inaoka, M. (2005), “Innate immunity and hypersensitivity syndrome”, *Toxicology*, vol. 209(2), pp. 161–163.
6. Jyonouchi, H. Geng, L. Streck, D.L. and 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, pp. 4.
7. Kawikova, I. Grady, B.P. and Tobiasova, Z. et al. (2010), “Children with Tourette's syndrome may suffer immunoglobulin A dysgammaglobulinemia: preliminary report”, *Biol. Psychiatry*, vol. 67(7), pp. 679–683.
8. Mora, M. Quintero, L. and Cardenas, R. (2009) “Association between HSV-2 infection and serum anti-rat brain antibodies in patients with autism”, *Invest. Clin.*, vol. 50(3), pp. 315–326.

9. Plebani, A. Duse, M. and Tiberti, S. (1988), "Intravenous gamma-globulin therapy and serum IgG subclass levels in intractable childhood epilepsy", *Monogr. Allergy*, vol. 23, pp. 204–215.
10. Reinert, P. Moulias, R. and Goust, J.M. (1972), "Demonstration of cellular immunity deficiency limited to measles virus in 20 cases of subacute sclerosing leukoencephalitis", *Arch. Fr. Pediatr*, vol. 29(6), pp. 655–665.
11. Russo, A.J. Krigsman, A. Jepson, B. and Wakefield, A. (2009), "Low serum myeloperoxidase in autistic children with gastrointestinal disease", *Clinical and Experimental Gastroenterology*, vol. 2, pp. 85–94.
12. Santaella, M.L. Varela, Y. Linares, N. and Disdier, O.M. (2008), "Prevalence of autism spectrum disorders in relatives of patients with selective immunoglobulin A deficiency", *P. R. Health. Sci J*, vol. 27(3), pp. 204–208.
13. Schleinitz, N. Vély, F. Harlé, J.N. and Vivier, E. (2010), "Natural killer cells in human autoimmune diseases", *Immunology*, vol. 131(4), pp. 451–458.
14. Singh, V.K. Lin, S.X. and Yang, V.C. (1998), "Serological association of measles virus and human herpesvirus-6 with brain autoantibodies in autism", *Clin. Immunol. Immunopathol*, vol. 89(1), pp. 105–108.

Мойсеєнко Людмила Володимирівна, магістр психології, ПрАТ «ВНЗ «МАУП», 02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3730-6092>

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ ДРАМАТИЧНОЇ ПСИХОЕЛЕВАЦІЇ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ З ІНВАЛІДИЗУЮЧИМИ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Анотація

Ключові слова: підлітки, психоневрологічні захворювання, поведінка, психокорекція, методика драматичної психоелевації.

Постановка проблеми. В Україні спостерігається тенденція до зростання чисельності дітей з функціональними обмеженнями. При цьому особливої турботи потребують діти, які мають інвалідизуючі психоневрологічні захворювання.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Анатомо-фізіологічна перебудова організму є одним з найважливіших чинників, що обумовлює процес формування особистості у підлітково-юнацькому віці. Діти з порушеннями інтелектуального розвитку можуть мати певні обмеження в набутті комунікативних та соціальних навичок. Важливу роль в житті підлітків з особливими потребами відіграє соціалізація, тобто входження підлітка в суспільство.

Формулювання мети статті. Мета – розробити програму психокорекції поведінки підлітків з порушеннями інтелектуального розвитку на основі методики драматичної психоелевації та оцінити її ефективність.

Виклад основного матеріалу. Наше дослідження проводилося на базі спеціальної загальноосвітньої школи «Надія» м. Києва, експериментальну

групу склали 41 учень цієї школи, віком 12-15 років, з комбінованими соматичними та психоневрологічними порушеннями, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, заходів з психолого-педагогічної реабілітації. З метою психокорекції, ми використали методіку драматичної психоелевації І. Я. Медведєвої і Т. Л. Шишової, яку адаптували для підлітків із порушеннями розвитку.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Після проведення корекційних занять за методикою драматичної психоелевації, діаграма поведінки показала зміни по всім показникам: нормальна адаптація виросла на 9,76% після корекційних занять. Підлітки значно менше соромляться, конфліктують, тривожаться, частіше обирають товариськість замість самотності.

Аннотація

Моисеенко Л. В., магістр психології, ЧАО «ВУЗ» МАУП », г. Київ, Україна. **Использование методики драматической психоелевации для коррекции поведения подростков с инвалидизирующими психоневрологическими заболеваниями.**

Ключевые слова: подростки, психоневрологические заболевания, поведение, психокоррекция, методика драматической психоелевации.

Постановка проблемы. В Украине наблюдается тенденция к росту численности детей с функциональными ограничениями. При этом особой заботе нуждаются дети, имеющие инвалидизирующие психоневрологические заболевания.

Анализ последних исследований и публикаций. Анатомо-физиологическая перестройка организма является одним из важнейших факторов, обуславливающих процесс формирования личности в подростково-юношеском возрасте. Дети с нарушениями интеллектуального развития могут иметь определенные ограничения в приобретении коммуникативных и социальных навыков. Важную роль в жизни подростков

с особыми потребностями играет социализация, то есть вхождение подростка в общество.

Формулировка цели статьи. Цель - разработать программу психокоррекции поведения подростков с нарушениями интеллектуального развития на основе методики драматической психоелевации и оценить ее эффективность.

Изложение основного материала. Наше исследование проводилось на базе специальной общеобразовательной школы «Надежда» г. Киев, экспериментальную группу составили 41 ученик этой школы, в возрасте 12-15 лет, с комбинированными соматическими и психоневрологическими нарушениями, которые нуждаются в коррекции физического и (или) умственного развития, мероприятиях психолого-педагогической реабилитации. С целью психокоррекции, мы использовали методику драматической психоелевации И. Я. Медведевой и Т. Л. Шишова, которую адаптировали для использования у подростков с нарушениями развития.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. После проведения коррекционных занятий по методике драматической психоелевации, диаграмма поведения показала изменения по всем показателям: нормальная адаптация выросла на 9,76% после коррекционных занятий. Подростки значительно меньше стесняются, конфликтуют, беспокоятся, чаще выбирают общительность вместо одиночества.

Annotation

Moiseenko L.V., Magister of Psychology, The Private Joint-Stock Company Higher Educational Institution Interregional Academy of Personnel Management; Kyiv, Ukraine. **Use of the method of dramatic psychoelectricity for the correction of behavior of adolescents with disabling psychoneurological diseases.**

Key words: adolescents, psychoneurological diseases, behavior, psychocorrection, methods of dramatic psychoelection.

Formulation of the problem. In Ukraine there is a tendency to increase the number of children with functional limitations. At the same time children with disabling psychoneurological diseases need special care.

Analysis of recent research and publications. Anatomical and physiological rearrangement of an organism is one of the most important factors that determines the process of personality formation in adolescent and adolescence. Children with intellectual disabilities may have some limitations in communicative and social skills. An important role in the life of adolescents with special needs is played by socialization, that is, the admission of adolescents into society.

Formulating the purpose of the article. The purpose is to develop a program of psycho-correction behavior of adolescents with intellectual disabilities, based on the methodology of dramatic psychosis and evaluate its effectiveness.

Presenting main material. Our research was conducted on the basis of a special general school "Nadiya" in Kyiv, an experimental group of 41 students of this school, aged 12-15 years, with combined somatic and psychoneurological disorders, requiring correction of physical and (or) mental development, psychological and pedagogical rehabilitation. For the purpose of psychocorrection, we used the method of dramatic psychoelection of I. Ya. Medvedeva and T. L. Shishova, which was adapted for adolescents with developmental disorders.

Conclusions and perspectives of further research. After conducting correctional exercises using the method of dramatic psychosis, the behavioral diagram showed changes in all indicators: normal adaptation increased by 9.76% after correctional exercises. Teens are much less shy, confused, worried, more often choose sociability instead of loneliness.

Ключові слова: підлітки, психоневрологічні захворювання, поведінка, психокорекція, методика драматичної психоелевації.

Постановка проблеми. В Україні спостерігається тенденція до зростання чисельності дітей з функціональними обмеженнями. При цьому

особливої турботи потребують діти, які мають інвалідизуючі психоневрологічні захворювання. За статистикою, в Україні налічується 135,4 тисяч дітей-інвалідів, або 120 осіб на кожні 10 тисяч дітей. Згідно з поглядами А. Адлера, фізичний дефект тіла формує комплекс неповноцінності, який блокує повноцінне формування особистості.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. За Ф. Дольто, отроцтво – період перетворень, котрі роблять людину ламкою і вразливою. [5, 189 ст.]. Анатомо-фізіологічна перебудова організму є одним з найважливіших чинників, що обумовлює процес формування особистості у підлітково-юнацькому віці. Із фізіологічної точки зору, як наголошує Г. Крайг, підлітковий вік за швидкістю біологічних змін можна порівняти із фетальним періодом внутрішньоутробного розвитку і з двома першими роками життя. Проте, на відміну від немовлят, підлітки спостерігають за змінами, котрі із ними відбуваються, із змішаним почуттям інтересу, захвату і жаху. Здивовані, збентежені і невпевнені у собі підлітки постійно порівнюють себе із іншими і безперервно переглядають свій Я-образ [10, с.563].

Підлітковий період найбільш суперечливий в наукових доробках психологів, що зумовлено його кризовим, перехідним характером. «На отроцтво завжди дивилися як на період «бурі і натиску», період «тектонічних» зрушень і розломів емоційних площин душі», – наголошує Г.Крайг [7, с.600–601]. Втім, підлітковий вік не є однозначно кризовим. Ця позиція представлена працями вітчизняних психологів (М. Кле, Д. В. Коленов, А. В. Петровський, Х. Ремшмідт, М. Г. Ярошевський та ін.), які вважають, що форма, тривалість і гострота протікання вікової кризи може помітно відрізнятися залежно від індивідуально-типологічних особливостей дитини, соціальних та мікросоціальних умов, особливостей виховання у сім'ї, педагогічної системи в цілому [5].

В теорії поля Курта Левіна (K. Lewin), поведінка розглядається як функція особистості та навколишніх умов. У даному контексті, життєвий простір підлітка сповнений можливостями і водночас – невизначеності:

підліток частково належить до групи дітей, а частково – до групи дорослих. У підлітковому віці, пізнавальні процеси зазнають важливих змін, наближаючись у своїх параметрах до «дорослого» рівня. Зокрема, дістають подальшого розвитку специфічно людські, соціально зумовлені види пізнавальних процесів: довільна та внутрішня увага, спостережливість, теоретичне мислення, словесно-логічна пам'ять, мовлення, уява. Вдосконалюється регульованість пізнавальних процесів, свідоме ставлення підлітка до їх використання при вирішенні складних навчально-пізнавальних задач. Важливий вплив на пізнавальну сферу підлітка справляє мислення, внаслідок чого відбувається інтелектуалізація пізнавальних процесів. Сприймання супроводжується пошуком, міркуваннями. Пам'ять побудована на аналізі та розумінні матеріалу і спирається на використання прийомів запам'ятовування. Увага підлітка стає необхідним компонентом його вміння вчитись. Зростають можливості розподілу та переключення уваги, обсягу та її концентрації. Це стосується не тільки зовнішньої, але й внутрішньої уваги, яка особливо важлива для оволодіння значним за обсягом теоретичним матеріалом. Розвиток уваги в цьому віці безпосередньо пов'язаний з формуванням наполегливості, а її зростаюча довільність є прямим проявом вольової активності підлітка. Відчуття і сприймання виступають початковим етапом у процесі засвоєння знань. Це сприяє їх тіснішим зв'язкам з мисленням підлітка, яке супроводжує процес первинного ознайомлення з навчальним матеріалом. Подальшого розвитку зазнає цілеспрямоване сприймання – спостереження, яке характеризується планомірністю, послідовністю і систематичністю, включаючи розумові операції зіставлення, порівняння, узагальнення і класифікації сприйманих об'єктів. Поступове накопичення знань учнями спирається на зростання обсягу пам'яті. Таке зростання відзначається не лише кількісними показниками, але й якісним перетворенням матеріалу, швидко формується смислова логічна пам'ять. Найсуттєвішою зміною мислення підлітка є набуття останнім якостей теоретичності, формальності, рефлексивності [6, с.382 - 383]. Уява підлітка

відіграє важливі функції, як у його навчальній діяльності, так і в особистому житті. У навчальній діяльності функціонує репродуктивна та продуктивна уява. Продуктивна уява підлітка виявляється в творчих видах навчальних завдань. Урізноманітнюються її види за змістом образів: технічна, художня, наукова. Важливу роль в особистісному житті підлітка починає відігравати мрія, яка творить образи бажаного майбутнього і впливає на визначення життєвих планів підлітка [6].

Ступінь прояву інтелектуальних порушень відображається на особливостях фізичного та психічного розвитку дитини. Незважаючи на труднощі формування уявлень і набуття знань та навичок, за умови організованого корекційно-розвивального навчання та використання спеціальних методів, прийомів та засобів, діти з інтелектуальними порушеннями легкого ступеня мають можливості для розвитку та навчання. У таких дітей в основному збережено конкретне мислення, вони здатні орієнтуватися у практичних ситуаціях, у більшості з них емоційно-вольова сфера збережена більше, ніж пізнавальна, вони із задоволенням включаються у трудову діяльність [2].

Діти з інтелектуальними порушеннями характеризуються особливим розвитком пізнавальної діяльності, якому притаманний недостатньо високий рівень довільної уваги (здатності зосередитися на тому чи іншому завданні), стійкості у сприйманні та аналізі явищ навколишньої дійсності; обмеження уяви. Як позитивні, так і негативні емоції такої дитини характеризуються безпосереднім активним проявом у поведінці (бурхливий прояв радості і невдоволення, незалежно від обставин). Формування розумових та практичних дій здійснюється лише завдяки спеціально організованій корекційній роботі, спрямованій на навчання та виховання. [11]

Діти з порушеннями інтелектуального розвитку можуть мати певні обмеження в набутті комунікативних та соціальних навичок. Ці обмеження зумовлюють уповільнений темп розвитку та навчання дитини, проте вона здатна до навчання, але у власному уповільненому темпі і в обмеженій

кількості. На особливості розвитку дитини значною мірою впливає характер її стосунків з оточенням, що складається впродовж усього життя. Дорослий є тим необхідним рушієм, який власним ставленням до дитини формує її світогляд та сприйняття нею оточуючих і самої себе. Особливого значення стосунки з дорослим набувають у період дошкільного та молодшого шкільного віку. Дитина з інтелектуальними порушеннями специфічно сприймає соціум та виражає емоційне ставлення до нього. Постійне активне залучення дорослого до розвитку дитини сприятиме її входженню в соціум, розвитку у неї необхідних соціально значущих якостей та вольових характеристик, що забезпечать їй активну усвідомлену позицію.

Корекція - це виправлення порушень психічного та фізичного розвитку дитини. Навчання загальноосвітніх предметів має практичну та корекційну спрямованість. Корекційна спрямованість полягає у використанні спеціальних методів і прийомів навчання для корекції та розвитку школярів з опорою на їхні можливості, підготовці школярів до самостійної життєдіяльності.

Діагностика емоційних особливостей підлітків із психоневрологічними захворюваннями (ПНЗ) зазвичай виявляється другорядним завданням під час вивчення інших характеристик вказаної категорії дітей. У той же час, дослідники відмічають значні відмінності емоційних реакцій дітей із ПНЗ і дітей з нормальним рівнем розвитку [1; 4]. Так, М. Вагнерова вказує на велику кількість реакцій, спрямованих проти волі батьків, часту відсутність правильного розуміння соціальної ролі і положення, яскраво виражені труднощі в розрізненні найважливіших рис міжособових стосунків. В. В. Лебединський відмічає особливу залежність розвитку дітей із ЗПР від умов їх виховання, Е.С. Слепович - проблеми у сфері соціальних емоцій: діти не готові до емоційно теплих стосунків з однолітками, в них можуть бути порушені емоційні контакти з близькими дорослими, вони слабо орієнтуються в морально-етичних нормах поведінки. Вказані особливості

дітей із ЗПП створюють додаткові труднощі для подальшої діагностичної і корекційної роботи з ними [3].

Поведінка - найбільш інтегральний зовнішній показник внутрішнього стану особи учня (адаптації - дезадаптації, емоційного благополуччя, настрою, мотиваційних і моральних установок. Розвиток психічно нестійких дітей має несприятливий прогноз: негативні прояви зберігаються до 16-17 років, трохи компенсується вихованням [8]. Сім'я допомагає підлітку з особливими потребами долати життєві труднощі, почуття самотності. Джерелом і гарантією емоційного благополуччя підлітка, його інтелектуального та психологічного розвитку, є батьківська любов. Важливу роль в житті підлітків з особливими потребами відіграє соціалізація, тобто входження підлітка в суспільство. Соціалізуватися підліткам з особливими потребами допомагають спеціальні заклади, де вони вчаться і спілкуються, не тільки з тими, хто там навчається, але й з іншими людьми.

Формулювання мети статті. Мета – розробити програму психокорекції поведінки підлітків з порушеннями інтелектуального розвитку на основі методики драматичної психоелевації та оцінити її ефективність.

Виклад основного матеріалу. Наше дослідження проводилося на базі спеціальної загальноосвітньої школи «Надія» м. Києва, експериментальну групу склали 41 учень цієї школи, віком 12-15 років, з комбінованими соматичними та психоневрологічними порушеннями, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, заходів з психолого-педагогічної реабілітації.

З метою психокорекції, ми використали методику драматичної психоелевації І. Я. Медведєвої і Т. Л. Шишової [9]. Ця методика спрямована переважно на дітей з нормальним інтелектом. Ми адаптували її для використання у підлітків із порушенням розвитку.

Робота передбачає два етапи. Заняття ведуть два фахівця.

Перший етап - лікувальні етюди. Тривалість - майже два місяці (вісім занять по одному в тиждень). Театральні сценки розігрують як керівники, так і діти разом із батьками. В більшій мірі, це робиться по заздалегідь написаним сценаріям, частково є імпровізацією на задану тему. Кожне з восьми занять проходить під знаком тієї чи іншої провідної теми (злість, образливість, страх, лінь, сором'язливість і т.д.). Крім того, діти беруть участь у спеціальній театралізованій грі, яка починається на першому занятті, кожного разу припиняється на найцікавішому місці і, нарешті, на останньому занятті завершується, викликаючи у дітей яскраві переживання в фіналі.

Другий етап - лікувальний спектакль.

Ми провели 8 групових занять:

Заняття №1

Спочатку кожен підліток намалював собі маску. Ще декілька масок було зроблено нами для різних настроїв та етюдів.

Тема: поганий настрій, грубість.

Попередня розмова з дітьми: ми запитали у дітей, чи люблять ті кіно, театр, чи подобаються їм артисти. Яких артистів знають? Які якості, притаманні артистам, можуть назвати? Чим артисти так подобаються, за що їх люблять? Доповнили висловлювання дітей своїми міркуваннями: артисти вільно, невимушено тримаються, вміють вести бесіду, красиво ходять, красиво сидять і взагалі красиво виглядають, чарівні, люди до них тягнуться, їх люблять, їх наслідують. А все тому, що вони вміють володіти собою. Вони артистичні. Коли актор виходить на сцену, він здатний подолати свій страх, свій поганий настрій.

Якщо навчитися артистизму (а це можливо!), ви теж будете красивими, привабливими, вас будуть любити. А коли людину люблять, поліпшується його самопочуття, він щасливий. Абсолютно необхідно бути трішки артистом в житті. Це не означає прикидатися, фальшивити, а значить вміти володіти собою.

Перехід до етюдів

«Гості». Діти дістають маски задоволеної і незадоволеної людини.

Розігрується кілька ситуацій:

1. До незадоволеного господаря приходять задоволені гості.
2. До задоволеного господаря приходять незадоволені гості.
3. Обидва незадоволені.
4. Обидва задоволені.

Чи можна з незадоволеним обличчям веселитися? (Нехай спробують показати.)

Кажемо, що дуже багато залежить від настрою. Етюд «Оптиміст і песиміст» розігрують провідні (теж закрившись масками). Потім вони кажуть, що часом у людини бувають реальні причини для недовольства і просять дітей показати в ляльках (разом з батьками), від чого у них буває гарний настрій.

Розмова з батьками (або близькими родичами) про психоелевацію і грубість.

Завдання додому:

1. Подумати і показати, як може зіпсуватися хороший настрій. (Варіант: придумати етюд на тему «Найбільш нещасливий або найщасливіший день у моєму житті».)
2. Батькам - скласти «сходи недоліків». Описати детальніше конфліктні ситуації.

Заняття №2

Тема: Різні прояви доброти і агресивності.

Перевірка домашнього завдання.

Бесіда про посмішку. Варіанти посмішок: зарозуміла, глузлива, фальшива. Як зробити, щоб усмішка не була фальшивою? Потрібно налаштуватися на добру хвилю. Що це означає? Хто добрий? Сильні люди зазвичай бувають добрими. І навпаки, добру людину всі вважають сильною. Думають: якщо вона стільки віддає або стільки допомагає іншим, значить,

вона сильна. Сила не обов'язково фізична, буває сильна душа. Від жадібності душа стискається, зменшується, а від щедрості шириться, росте.

Етюди:

1. Дітей просимо показати, як вони поскупилися. Про що вони при цьому думали? А як можна себе вмовити подолати жадібність?

2. Дитина в гарному настрої йде зі школи додому, а на лавочці сидить знайомий хлопчик (дівчинка) і плаче. Спробувати його (її) втішити. Цей етюд не тільки добре розкріпачує дітей, але і служить гарним засобом діагностики.

Оскільки хлопчик (дівчинка) сам повинен вирішити, чи вдалось партнеру його втішити, в етюді швидко виявляється в'язкість, якщо вона у когось з дітей є.

3. Дитина приходить зі школи в поганому настрої, а мама теж в поганому настрої, і їм обом хочеться, щоб їх утішили. Що відбувається далі? (Діагностично в плані сімейних відносин.)

Перерва. Бесіда з батьками про агресивність і про необхідність хвалити невротичних дітей часто, перебільшено і навіть не завжди за справу.

Завдання додому:

1. Загальна завдання: етюд, в якому треба показати свого ворога.
2. Діаграма: намалювати три кола - клас, двір, город. У кожному колі червоним сегментом позначити відсоток хороших людей, чорним - поганих.

Заняття №3

Тема: образливість.

Перевірка домашнього завдання.

Бесіда на тему: «Що вам не подобається в людях?»

Етюди:

1. Дитина потрапляє в новий клас. Як до неї поставляться? Хто їй сподобається? Чи можуть її образити, і якщо можуть, то як?

2. Дитину посадили за парту з тим, хто їй не подобається. Як вона буде себе поводити?

Розвиток «теми ворога» Сказати, що впоратися з ворогом можна різними способами. Ми їх всі вивчимо, але поступово. Для цього потрібно буде виконати кілька завдань. Перше, найлегше: знайти у ворога щось смішне.

Бесіда з батьками про образливість і про покарання.

Завдання додому:

1. Дзеркало.
2. Загальні завдання - придумати рецепт проти уразливості і розповісти, що вийшло; знайти у свого ворога щось смішне.

Заняття №4

Тема: жалість.

Перевірка домашнього завдання, яке слід закінчити завданням про ворога.

Розвиток «теми ворога». Друге завдання - знайти у ворога щось симпатичне. Показати на ляльці, що можна зовсім по-різному поставитися до одного і того ж персонажу, одні і ті ж зовнішні властивості кваліфікувати як позитивні і як негативні.

Етюди:

1. Ведучі показують на ширмі етюд; як один хлопчисько весь час задирався, дражнився. І хлопці (двоє) ображались. А потім вони дізналися, що батько поводить з ним дуже суворо і часто б'є. Один хлопчик порадів: «Так тобі і треба!», а другий пожалів ... І що він відчув? Що ворог не такий вже страшний і брудний, а жалюгідний. Подальший розвиток ситуації: хлопці підходять до хлопця і починають відверто жаліти. Той злиться, бо йому соромно, він принижений, і справа знову закінчується бійкою. Обговорити цю ситуацію. Запропонувати дітям участь у наступному етюді.

2. В клас приходять новенький. Він кульгає. Задирака його дражнить. Нехай діти по черзі спробують тактовно втішити новенького

Опитування дітей: кого їм шкода?

Кажемо, що жаліти навколишніх треба якомога частіше. Чим частіше людина жаліє інших, тим більш сильнішою вона себе відчуває.

Бесіда з батьками про психотерапію жалістю, співчуттям; про гіперопіку і страхах як її наслідку.

Завдання додому - знайти у ворога щось симпатичне.

Заняття №5

Тема: гіперсором'язливість.

Перевірка домашнього завдання (завдання про ворога перевіряється в останню чергу).

Наступне завдання (додому): знайти, за що ворога можна пожаліти.

Переходимо до теми заняття. Сьогодні ми поговоримо про підвищену сором'язливість. (Сказали, що коли людина в новій, компанії або ситуації, а також в спілкуванні зі старшими відчуває себе дещо обмежено - це цілком нормально і що набагато більш дивно нічого і ніколи не соромитися.) Як впоратися зі своєю надмірною сором'язливістю? Що таке підвищено сором'язлива людина? Це людина, якій завжди незручно, хочеться сховатися, опустити голову, стати невидимкою.

(Попросити показати.) Чому? Тому що вона допускає дві великі помилки: по-перше, думає, що у людей немає інших занять, крім як дивитися на неї; і, по-друге, що оточуючі дивляться на неї обов'язково з насмішкою або злобою.

Так ось, майже ніхто не звертає на вас уваги. У людей маса інших турбот. А вже якщо хтось і дивиться, так це тому, що ви, навпаки, сподобалися. На погане, неприємне зазвичай не дивляться, намагаються скоріше відвести очі, зробити вигляд, що не помітили, відвернутися.

Етюди:

1. «Метро»: двоє сідають один навпроти одного. Один соромиться. Що він думає? (Озвучити думки.) А що думає той, що сидить навпроти? («Який симпатичний хлопчик, який в нього гарний одяг ... і т. д. Тільки він чомусь

відводить очі, опускає голову, сердито морщиться. Але що я такого йому зробив?» Виникає роздратування.)

2. Учень не дивиться в очі, вийшовши до дошки. Що думає вчителька? Як вона буде себе вести? А як вона відреагує, якщо учень буде доброзичливо посміхатися і подивиться на неї ясным поглядом? (Показати.)

Бесіда з батьками про сором'язливість і демонстративність.

Завдання додому:

- а) подолати сором'язливість і розповісти, в якій ситуації це вдалося;
- б) знайти, за що ворога можна пожаліти.

Заняття №6

Тема: боягузтво.

Перевірка домашнього завдання по темі «Ворог».

Спробувати подивитися на себе очима свого ворога і зрозуміти, що йому може в тобі не подобатися, тобто як би влізти в шкуру свого ворога і подивитися на себе з боку. (Завдання важке, і батьки повинні допомогти.)

Етюди «на сором'язливість»:

1. Дитина в незнайомому місці. До неї підходить хлопчик (дівчинка). Заводить розмову. Дитина відповідає сковано, соромиться. Як може витлумачити її сором'язливість партнер (як зарозумілість, похмурість, небажання спілкуватися). Як він відреагує? А як треба було б повестися?

2. До соромливого господаря прийшли соромязливі гості (розіграти всією групою.) Бесіда не клеїться, всі нудьгують. Нарешті приходить товариська людина і розворушує всю компанію. Прийоми: задає питання, пропонує пограти в гру, розповідає яку-небудь цікаву або смішну історію. (Ведучі на закінчення кажуть, що сором'язливість заразлива і, крім того, невічлива.)

Перехід до теми «Боягузтво».

Що таке боягузтво? Це коли видно, що ти боїшся.

Бояться взагалі, всі, з цим складно впоратися, хоча і можна. Сказати, що боягуз не той, хто боїться, а той, хто показує свій страх, хто не в змозі

його подолати. Попросити зобразити боягуза і перерахувати зовнішні ознаки страху. (Часте серцебиття, спітнілі руки, тремтіння і т. д.). Як приховати, що ти боїшся? Уявити, що страх - теж ворог. І надіти уявну маску.

Бесіда з батьками про страхи, в тому числі про страх неуспішності, про шкільні психотравми.

Завдання додому: знайти, за що ворога можна пожаліти.

Заняття №7

Тема: стресова ситуація.

Перевірка домашнього завдання.

Новий рецепт «боротьби з ворогом». Розмова про хуліганів. Одягати уявну маску (розслабляти м'язи обличчя, дивитися «крізь» людину, ніби не помічаючи її, байдуже). Розповісти, що якщо від злої собаки не бігти, а проходити повз неї спокійно, з гідністю, вона не зачепить. Хулігани в цьому, на жаль, нагадують злих собак: відчувають, коли їх бояться. На те ми й артисти, щоб уміти зображати холонокровність. Треба відпрацювати спокійну ходу, навчитися думати, проходячи повз ворога і хулігана, про щось інше. Нехай діти скажуть, про що вони зазвичай думають в таких випадках.

Розіграти в етюдах (варіюючі ситуації).

Етюди (вибрали дітей, для яких дані проблеми актуальні):

1. Діти ліплять снігову бабу. Просять хлопчика сходити додому за морквиною. Той обурюється: «Що я вам, слуга?».

Хлопці вступають з ним у конфлікт: Чому? Як уникнути конфлікту?

2. Два хлопчика щось один одному розповідають, сміються. Третій вирішує, що вони сміються над ним. Конфлікт. Як треба себе поводити, щоб його уникнути?

3. Діти в щось граються або щось роблять разом. Один хоче завжди бути лідером. Сварка. Як вмовити себе відмовитися від постійних претензій на лідерство?

Перехід до теми. Описати якусь ситуацію, в якій важко стриматися. Одні в таких випадках плачуть, інші сваряться, треті втрачають апетит,

четверті навіть влаштовують істерику. Все це називається «вийти з себе». Давайте згадаємо, хто чого не любить? Від чого ви роздратовуєтесь? А тепер в аналогічній ситуації (нагадати ситуації, про яких йшлося на 3-му занятті) ви змогли б стриматися? Яким чином?

Запропонували показати етюди «в живому плані» за участю інших дітей.

Бесіда з батьками про виховання в рамках традиційної культури про те, як важливо захищати дітей від комп'ютерних ігор та інших шкідливих для психіки спокус сучасного життя.

Завдання додому: а) подолати конфліктну ситуацію, не вийти з себе; б) при зустрічі з ворогом надіти «уявну маску» і розповісти наступного разу на заняттях, що вийшло. Дається тим дітям, хто так і не зміг за час занять примиритися зі своїм ворогом.)

Заняття №8

Тема: виховання оптимізму.

Після перевірки домашніх завдань - бесіда. В житті багато неприємностей, але в одних і тих же обставин можна вести себе по різному. Можна збирати в душі невдоволення, а можна намагатися бути радісним, щасливим. Повернутися до заняття №1, до етюдів про оптиміста і песиміста. Сказати дітям, що тепер їх акторські навички допоможуть подолати песимізм. Запропонувати кілька неприємних ситуацій і поставити перед дітьми завдання знайти в них хороші сторони. Потім попросити, щоб вони самі придумали такі ситуації (при бажанні можуть розіграти).

Бесіди з батьками, рекомендації, перспективні програми роботи.

Після проведення експерименту, вдалося отримати такі результати(рис.1, рис. 2)

Показники особистості учня

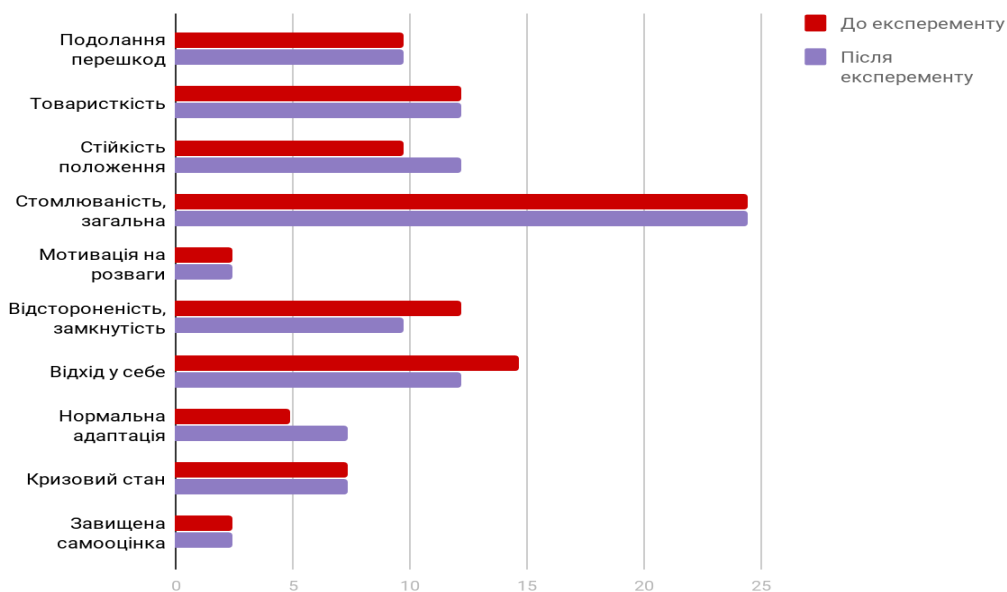


Рис. 1. Результати психокорекції особистості дітей з психоневрологічними захворюваннями за методикою драматичної психоелевації

Діаграма поведінки

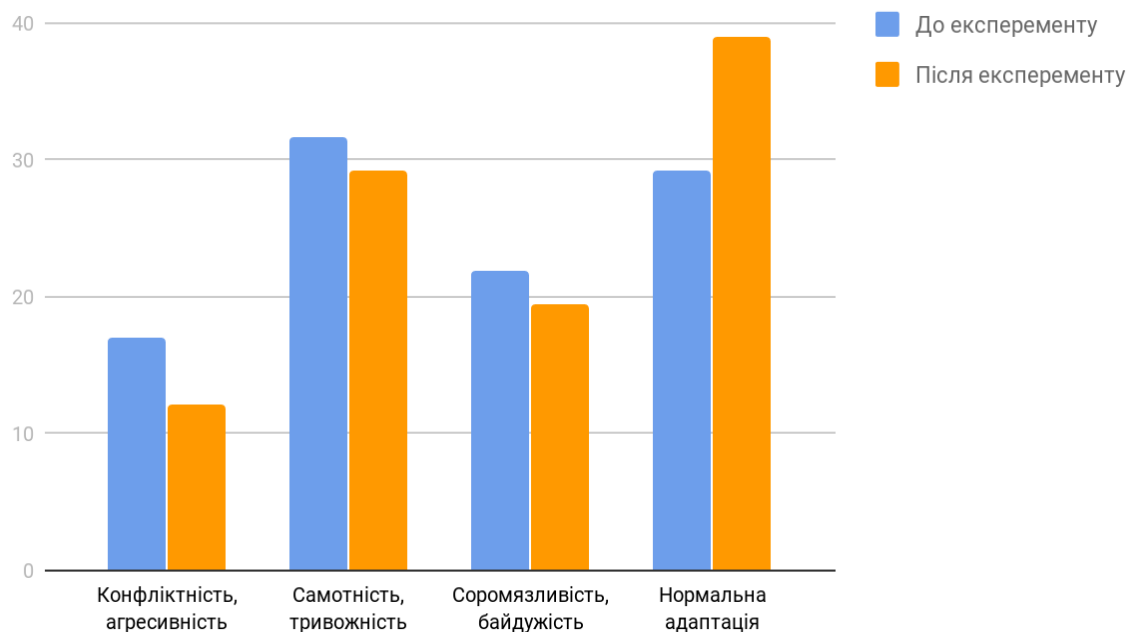


Рис. 2. Результати психокорекції поведінки дітей з психоневрологічними захворюваннями за методикою драматичної психоелевації

Діаграма поведінки показала зміни по всім показникам: нормальна адаптація виросла на 9,76% після психокорекційних занять. Підлітки значно менше соромляться, конфліктують, тривожаться, вони частіше обирають товарицькість замість самотності.

Конфліктність, агресивність до експерименту становила 17,07%, а після експерименту знизилась до 12,20%. Самотність, тривожність до експерименту становила 31,72%, а після експерименту знизилась до 29,27%. Сором'язливість та байдужість до експерименту становила 21,95% та знизилась після експерименту до 19,51%. Середнє значення ознаки до експерименту дорівнює $1,293 \pm 0,461$ ($m = \pm 0,072$). Середнє значення ознаки після експерименту дорівнює $1,390 \pm 0,494$ ($m = 0,077$). Число степенів свободи (f) дорівнює 40. Парний t -критерій Стьюдента дорівнює 2,080. Критичне значення t -критерію Стьюдента при даному числі степенів свободи дорівнює 2,021. $t_{\text{спостер}} > t_{\text{крит}}$, зміни ознаки статистично значимі ($p=0,044$).

Висновки та перспективи подальших досліджень. Внаслідок наявності фізичного недоліку у підлітків з психоневрологічними захворюваннями знижується самооцінка, підвищується тривожність, виникає ризик частих фруструючих реакцій. Тобто розвивається і проявляється дезадаптація на поведінковому рівні, емоційному (у вигляді станів), когнітивному (невміння приймати конструктивні стилі поведінки, конструктивно виходити зі складних ситуаціях). А це, в свою чергу, може стати пусковим механізмом для формування у підлітків з обмеженими можливостями як внутрішньоособистісного конфлікту, так і зовнішнього міжособистісного конфлікту.

Після проведеного корекційних занять за методикою драматичної психоелевації, діаграма поведінки показала зміни по всім показникам: нормальна адаптація виросла на 9,76% після корекційних занять. Підлітки значно менше соромляться, конфліктують, тривожаться, частіше обирають товарицькість замість самотності.

Список використаних джерел

1. Волковська Т. М. Генезис проблеми вивчення затримки психічного розвитку в дітей / Т. М. Волковська // Корекційна педагогіка.- 2003.-№2.- С. 14-20.
2. Гладченко І. В. Комплекс програмно-методичного забезпечення «Зміст корекційно-спрямованого навчання і виховання розумово відсталих дітей у спеціальних дошкільних закладах» (програма з ігрової діяльності, методичні рекомендації, дидактичні матеріали) / І. В. Гладченко.- К., 2012.- 110 с.
3. Дерев'янкіна Н. А. Емоційний світ дитини з ЗПР / Дерев'янкіна Н. А. // Дошкільна освіта: електронний журнал.- 2004.- №14 [Електронний ресурс].- режим доступу: <http://dob.1september.ru>.
4. Довга Н. Про особливості розвитку емоційної сфери / Н. Довга, О. Перелигіна // Дошкільне виховання.- 2007.- №12.- С. 12-16.
5. Дольто Ф. На боці підлітка / Ф. Дольто [пер. з фр. А. К. Борисова].— Катеринбург: Рама Паблішинг, 2013. – 423 с.
6. Дуткевич Т. В. Дитяча психологія: навч. посібник / Т. В. Дуткевич.— К.: Центр учбової літератури, 2012. – 424 с.
7. Крайг Г. Психологія розвитку / Г. Крайг [пер. з англ. Н. Мальгіна]. – СПб: Пітер, 2000.— 992 с.
8. Лебединська К. С. Підлітки з порушеннями в афективній сфері / К. С. Лебединська, М. М. Майська, Г. В. Грибанова.- М., 1988. - 316 с.
9. Медведєва І. Я. Діти, ляльки і ми: посібник із лялькотерапії /Медведєва І. Я., Шишова Т. Л.-М., 2014.- 352 с.
10. Токарева Н. М. Вікова та педагогічна психологія: навч. посібник / Н. М. Токарева, А. В. Шамне.- К., 2017.— 548 с.
11. Чеботарьова О. В. Комплекс програмно-методичного забезпечення «Зміст корекційно-спрямованого навчання і виховання дітей у спеціальних дошкільних закладах» / О. В. Чеботарьова.- К: Poligrand, 2012.- 110 с.

References

1. Volkovs'ka, T. M. (2003), "Genesis of the problem of studying the delayed mental development in children", *Korektsiyna pedahohika*, vol. 2, pp. 14-20.
2. Hladchenko, I. V. (2012), *Kompleks prohramno-metodychnoho zabezpechennya «Zmist korektsiyno-spryamovanoho navchannya i vykhovannya rozumovo vidstalykh ditey u spetsial'nykh doshkil'nykh zakladakh» (prohrama z ihrovoyi diyal'nosti, metodychni rekomendatsiyi, dydaktychni materialy)* [Complex of program-methodical support "Contents of correction-directed training and education of mentally retarded children in special preschool institutions" (program of game activity, methodical recommendations, didactic materials)], K., Ukraine.
3. Derev'yankina, N. A. (2004), *Emotsiynny sviyt dytyny z ZPR* [A child's emotional world with ZPR], vol. 14, [Online], available at: <http://dob.1september.ru>.
4. ,Dovha N. and Perelyhina, O. (2007), "On the peculiarities of the development of the emotional sphere", *Doshkil'ne vykhovannya*, vol. 12, pp. 12-16.
5. Dol'to, F. (2013), *Na botsi pidlitka* [On the side of a teenager], Rama Pabliishynh, Katerynburh, Russia.
6. Dutkevych, T. V. (2012), *Dytyacha psykholohiya: navch. posibnyk* [Children's Psychology: Teach. manual], Tsentr uchbovoyi literatury, Kyiv, Ukraine.
7. Krayh, H. (2000), *Psykholohiya rozvytku* [Psychology of Development], Piter, SPb, Russia.
8. Lebedyns'ka, K. S. Mays'ka, M. M. and Hrybanova, H. V. (1988), *Pidlitky z porushennyamy v afektyvniy sferi* [Adolescents with disorders in the affective area], Moscow, Russia.
9. Medvedyeva, I. Ya. and Shyshova, T. L. (2014), *Dity, lyal'ky i my: posibnyk iz lyal'koterapiyi* [Children, dolls and us: the manual on lilotherapy], Moscow, Russia.

10. Tokareva, N. M. and Shamne, A.V. (2017), *Vikova ta pedahohichna psykholohiya: navch. posibnyk* [Age and pedagogical psychology: teach. manual], Kyiv, Ukraine.

11. Chebotar'ova, O.V. (2012), *Kompleks prohramno-metodychnoho zabezpechennya «Zmist korektsiyno-spryamovanoho navchannya i vykhovannya ditey u spetsial'nykh doshkil'nykh zakladakh» (prohrama z trudovoho vykhovannya, metodychni rekomendatsiyi, dydaktychni materialy)*[Complex of program-methodical support "The content of correctional-directed education and upbringing of children in special preschool institutions" (program on labor education, methodical recommendations, didactic materials)], Poligrand, Kyiv, Ukraine.

УДК 159.9+167/168+130.3

Олексенко Олександр Михайлович, магістр психології, фахівець кафедри медичної психології, ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; 02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна; <psilogist89@gmail.com>; +38 (050) 659-47-96.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3425-0580>

АНАЛІЗ НАЙВПЛИВОВІШИХ НАПРЯМІВ ЕКЗИСТЕНЦІАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ СУЧАСНОСТІ

Анотація

Ключові слова: екзистенціальна психологія, екзистенціальна психотерапія, екзистенціалізм.

Постановка проблеми. В умовах соціально-політичної нестабільності та європейського напрямку розвитку України, є дуже важливим впровадження нових методів психотерапевтичної практики для подолання особистісних криз та інших фрустраційних станів. Екзистенціальна психологія є одним із напрямів гуманістичної психології, й чи не найкраще підходить для вирішення цієї задачі.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Основні наукові дослідження з означеної тематики представлені в працях С. Степанова, Р.Фрейджера, Летуновського В. В., Тихонравова Ю. В., Кучинського М. Г., Ялома І. та ін. Авторами визначені основні напрями розвитку екзистенціальної психології.

Формулювання мети статті. Мета - теоретично проаналізувати найвпливовіші напрями екзистенціальної психології.

Виклад основного матеріалу: Висвітлені особливості найвпливовіших течій та напрямів екзистенціальної психології. Теоретично проаналізовано психотерапевтичні методи в рамках цих напрямів. Визначена та узагальнена практична цінність використання методів екзистенціальної психотерапії з

пацієнтами (клієнтами) які мають фрустраційні психічні стани, втрату сенсу життя, тощо.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Теоретичний аналіз найвпливовіших напрямів та течій екзистенціальної психології поглиблює розуміння психологом особистості клієнта (пацієнта) а також розширює погляди на деякі, досить важливі проблеми (наприклад проблеми сенсу життя, існування, тривоги, депресії, тощо). Використання методів екзистенціальної психотерапії дозволяють знизити рівень фрустрації, уникати різноманітних негативних станів а також розкривають особистісний потенціал клієнта (пацієнта). В подальшому будуть розроблені методи психотерапевтичної практики, які будуть поєднувати в собі екзистенціальну психологію та когнітивну психотерапію та дослідження їх ефективності.

Аннотація

Олексенко А. М., магістр психології, спеціаліст кафедри медичної психології, ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; г. Київ, Україна. **Анализ наиболее влиятельных направлений экзистенциальной психологии современности.**

Ключевые слова: экзистенциальная психология, экзистенциальная психотерапия, экзистенциализм.

Постановка проблемы. В условиях социально-политической нестабильности и европейского направления развития Украины, очень важно внедрять новые методы психотерапевтической практики для преодоления личностных кризисов и других фрустрационных состояний. Экзистенциальная психология является одним из направлений гуманистической психологии, и как нельзя лучше подходит для решения этой задачи.

Анализ последних исследований и публикаций. Основные научные исследования по указанной тематике представлены в трудах С. Степанова, Г. Фрейджер, Летуновского В. В., Тихонравова Ю. В., Кучинский М., Ялома И.

и др. Авторами определены основные направления развития экзистенциальной психологии.

Формулировка цели статьи. Цель - теоретически проанализировать самые влиятельные направления экзистенциальной психологии.

Изложение основного материала: Освещены особенности самых влиятельных течений и направлений экзистенциальной психологии. Теоретически проанализированы психотерапевтические методы в рамках этих направлений. Определена и обобщена практическая ценность использования методов экзистенциальной психотерапии с пациентами (клиентами), которые имеют фрустрационные психические состояния, потерю смысла жизни, и тому подобное.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Теоретический анализ самых влиятельных направлений и течений экзистенциальной психологии углубляет понимание психологом личности клиента (пациента), а также расширяет взгляды на некоторые, весьма важные проблемы (например, проблемы смысла жизни, существования, тревоги, депрессии и т.д.). Использование методов экзистенциальной психотерапии позволяют снизить уровень фрустрации, избежать различных негативных состояний а также раскрывают личностный потенциал клиента (пациента). В дальнейшем будут разработаны методы психотерапевтической практики, которые будут сочетать в себе экзистенциальную психологию и когнитивную психотерапию, а также будут проведены исследования их эффективности.

Annotation

Oleksenko O. M., Magister of Psychology, Specialist of the Medical Psychology Department, The Private Joint-Stock Company Higher Educational Institution Interregional Academy of Personnel Management; Kyiv, Ukraine. **Analysis of the most influential areas of existential psychology of our time.**

Key words: existential psychology, existential therapy, existentialism.

Formulation of the problem. In conditions of socio-political instability and European direction of development of Ukraine, it is very important to introduce new methods of psychotherapeutic practice to overcome personal crises and other frustration conditions. Existential psychology is one of the areas of humanistic psychology, and is not best suited for solving this problem.

Analysis of recent research and publications. The basic scientific researches on the specified subjects are presented in the writings of S. Stepanov, R. Freider, V. Letunovsky, V. Tikhonravova, M. Kuchinsky, M. Yaloma and others. The authors identify the main directions of the development of existential psychology.

Wording of purpose. The purpose - to theoretically analyze the most influential directions of existential psychology.

Presentation of the main material: Features of the most influential currents and directions of existential psychology are highlighted. Theoretically analyzed psychotherapeutic methods within these directions. The practical value of using existential psychotherapy methods with patients (clients) with frustration mental states, loss of meaning of life, etc. is determined and generalized.

Conclusions and perspectives of further research. The theoretical analysis of the most influential directions and currents of existential psychology deepens the understanding by the psychologist of the client's personality (patient) and also broadens the views on some very important problems (eg, problems of meaning of life, existence, anxiety, depression, etc.). The use of existential psychotherapy methods can reduce the level of frustration, avoid various negative states, and also reveal the personal potential of the client (the patient). In the future, methods of psychotherapeutic practice will be developed, which will combine existential psychology and cognitive psychotherapy and study their effectiveness.

Ключові слова: екзистенціальна психологія, екзистенціальна психотерапія, екзистенціалізм.

Постановка проблеми. Сучасні умови життя ставлять перед особистістю непрості завдання, вирішення яких супроводжується негативними психо-емоційними станами. Різноманітні події в житті людей, втрата близьких, хвороби, вікові кризи, тощо можуть викликати екзистенціальну фрустрацію. Для вирішення цих та інших проблем потрібно використовувати методи, які розробили екзистенціальна психологія та психотерапія. В цій статті викладений аналіз найважливіших течій екзистенціальної психотерапії.

Аналіз останніх досліджень. Екзистенціальна психологія (від лат. *existentia* – існування; гр. *psyhē* – душа+ гр. *logos* – слово, поняття, вчення) – один із напрямів гуманістичної психології, що вивчає: 1) проблеми часу, життя і смерті; 2) проблеми свободи, відповідальності та вибору; 3) проблеми спілкування, любові і самотності; 4) проблеми смислу існування людини. Екзистенціальна психологія підкреслює унікальність особистого досвіду конкретної людини. Провідною її метою є вирішення проблеми відновлення автентичності особистості – відповідності її буття у світі її внутрішній природі. У практиці сучасної екзистенціальної психології використовуються досягнення психоаналізу. [1].

Екзистенціальна психологія зародилася в ХХ столітті на основі ідей екзистенціальної філософії. Основоположником по праву вважають данського релігійного мислителя СеренаК'єркегора (РоллоМей у своїй книзі «Сенс тривоги» спирається на філософію і психологію К'єркегора)[1, 2].

В наш час основними напрямками екзистенціальної психології та психотерапії вважаються:

- Екзистенціальний аналіз Людвіга Бінсвангера.
- Dasein-аналіз (дазайн-аналіз) Медарда Боса і Аліси Хольцхей-Кунц.
- Логотерапія Віктора Франкла.
- Екзистенціальний аналіз АльфрідаЛенглі.
- Екзистенціальне консультування Джеймса Бьюдженталя, ІрвінаЯлом, РоллоМея.

Виклад основного матеріалу.

Екзистенціальна психологія Людвіга Бінсвангера. Людвіг Бінсвангер - швейцарський психіатр і філософ. Бінсвангер, спираючись на екзистенціальну аналітику (Daseinsanalytik), створив власне філософсько-антропологічне і психіатричне вчення, назване «екзистенційним аналізом» (Daseinsanalyse). Бінсвангер вніс зміни в психоаналітичну метапсихологію і в практику психотерапії, відкинувши біологізм і детермінізм в трактуванні несвідомих процесів. Людське існування розуміється Бінсвангером як єдність трьох тимчасових модусів - минулого, сьогодення і майбутнього. Неврози і психози є осмисленими способами трансцендування, конституювання світу і самої екзистенції. Симптоми різних психічних розладів виникають у зв'язку з обмеженістю горизонту бачення: один часовий модус стає домінуючим, що перешкоджає справжньому існуванню людини і може вести до психічного захворювання. Клінічна психіатрія і психоаналіз дають нам поверхневий опис симптомів і синдромів, ігноруючи індивідуальне «буття-в-світі». Психопатологія має своїм джерелом особливості будови «життєвого світу» пацієнта. Цей «життєвий світ» конституюється актами свідомості, проте у психотика він є не менш осмисленим, ніж у терапевта. Не існує реальності яка є для всіх однаковою і «нормальною», яку можна вважати чимось само собою зрозумілим і протиставляти «безумству». Відхилення від того, що вважається «нормою», означає створення нової «норми». Для всіх «світів», утворених маніакальним свідомістю, властива своя особлива «норма». Неврози і психози - суть модифікації фундаментальних структур буття-в-світі, способів трансцендування. Описувані психоаналізом невротичні симптоми обумовлені не травмами, дитячими фіксаціями й ідентифікаціями, а специфічною «конфігурацією» екзистенції, пануванням одного з модусів тимчасового трансцендування. В результаті звуження горизонту бачення відбуваються порушення в «смысловий матриці», інші модуси перестають розглядатися як можливість існування. Бінсвангер зберігає основні елементи психоаналітичної терапії, але переглядає основні поняття психоаналізу, в

першу чергу поняття несвідомого психічного. У феноменологічній психіатрії Бінсвангера несвідоме являє собою результат вузькості обрію екзистенції, втечі від власних творчих можливостей в невроз. Переглядається і фрейдівське тлумачення сновидінь. Інтерпретації підлягає не гіпотетичне «приховане», але саме «явне» зміст сновидіння - за ним не приховується якийсь витіснений в несвідоме зміст[3].

У 1930-1940 рр. Бінсвангер розвиває власну філософську антропологію, яка все більше розходиться з Daseinsanalytik Гайдеггера. В роботі «Основні форми і пізнання людського існування» (Grund formen und Erkenntnis des menschlichen Daseins, Zurich, 1942), Бінсвангер з погляду персоналістської позиції критикує Гайдеггера: крім світу «турботи», «занедбаності», що характеризується Бінсвангером як світ взаємного предметнування (das Nehmen-bei- Etwas - «прийняття-за-щось»), інструментальної корисності, є модус «буття-один-з-іншому», в якому Я і Ти нероздільні. У цьому модусі «Ми» (die Wirheit) або «любов» інакше структуровані простір і час. У 1950-1960-е Бінсвангер пише ряд монографій, в яких з позицій феноменологічної психіатрії здійснюється опис різних психічних захворювань (Drei Formen miss gluckten Daseins, Tübingen, 1956; Schizophrenie, Pfullingen, 1957; Wahn, Pfullingen, 1965 і ін.). Роботи Бінсвангера мали значний вплив на екзистенційну феноменологію і «екзистенціальний психоаналіз». Разом з тим, його трактування Гайдеггера в дусі філософської антропології викликала негативну реакцію самого Гайдеггера і різку критику з боку М. Босса і інших прихильників «онтологічної» інтерпретації Daseinsanalytik[3].

Дазайн-Аналіз. Дазайн (нім. Dasein [da:zaɪn]) - філософське поняття, яке використовується Мартіном Гайдеггером в його відомій праці «Буття і час» і в інших його роботах. Дазайн-аналіз практикується в ряді країн, кожна з яких має національну асоціацію, яка здійснює навчання і супервізію практикуючих фахівців. Міжнародна федерація дазайн-аналізу (IFDA), яка афілійована Європейською асоціацією психотерапії, об'єднує національні асоціації. Наразі президентом IFDA є Адо Хейген (Ado Huysgens), віце-

президент і секретар - Йозеф Йеневайн (Josef Jenewein). Жіон Кондрау, досліджуючи поняття Дазайн (Dasein) для психотерапії, пише, відсилаючи до Гайдеггера: «Людина є «тут» як просвіт буття: тому Дазайн було вибрано Гайдеггером як чистий буттєвий образ цього суцього.»*Це суще, яке є нами самими та яке серед іншого має буттєву можливість запитування, ми термінологічно схоплюємо як Dasein.* Якщо, таким чином, мова йде про Дазайн, то завжди мається на увазі конкретна людина[4].

Dasein-аналіз Медарда Босса. Медард Бос (нім. Medard Boss, 4 жовтня 1903 році, Санкт-Галлен - 21 грудня 1990, Цолліконе) - швейцарський психіатр і психолог, один з відомих представників екзистенціальної психотерапії.

Dasein як світло Буття. Аналогія зі світлом грає найважливішу роль в концепції Босса. Сам феномен світу як такий - означає «висвітлюватися», виходити на світло з темряви («приховування» у Гайдеггера). Босс розуміє Dasein як «що висвічує», що виводить речі «на світло». Метафора світла і висвічування визначає і розуміння Боссом таких речей як психопатологія, психологічний захист, терапевтичний стиль, інтерпретація сновидінь. Захист по Боссу є «невисвічення» окремих аспектів життя, а психопатологія (як стан людини) подібна вибору життя в темряві. Терапія повертає людей до їх базової світлості і відкритості. «Ми можемо назвати цей процес висвітлення» (Boss, 1962)[5].

Вслід за Гайдеггером, Босс не втомлюється підкреслювати, що всі ми живемо не в ізолюваному, а в спільному світі (екзистенціал буття-разом). Зустрічаючись, ми висвічуємо один одного, дозволяємо один одному бути як людським істотам. Людська екзистенція є розділена (спільна) екзистенція.

Dasein-аналіз Медарда Босса пропонує пацієнтові «відпустити речі» (Gelassenheit), дозволити їм бути такими, якими вони є. Найчастіше ми тримаємо занадто напруженим наше життя, намагаючись тримати все під контролем, але життя - це «завжди занадто багато для нас». Ми повинні трохи більше довіряти життю, довіряти долі. Босс говорить про те, що нам

слід «стрибнути в воду», замість того, щоб весь час пробувати, чи не занадто вона холодна; замість того, щоб утримувати світло Dasein у вузькому фіксованому пучку, нам слід дозволити світу вилитися вільно. Наступний важливий момент - це пояснення природи нашого розуміння. Через спалах світла в темряві ми починаємо бачити те, чого раніше не бачили. Важливо зрозуміти, що це не процес накопичення інформації, а деякий інсайт, що дозволяє схопити всю ситуацію в цілому і тим самим її зрозуміти. Висвітлення у Босса дуже тісно пов'язане з відкритістю. Чим більша відкритість, тим яскравіше світло. Для наочності ми також можемо скористатися метафорою вікна. Вікна невротиків вузькі і тьмяні, вікна психотиків - зовсім маленькі дірочки, які ледь пропускають промінь світла. Так ось, цей спалах (інсайт, осяяння) дозволяє світлу прорватися через всі перепони і висвітлити речі з темряви, тільки в цьому випадку ми здатні ці речі зрозуміти або усвідомити, точніше буде сказати - зрозуміти значення цих речей, їх зміст[5].

Важливо знати, що «розуміння» в даному випадку не є просто когнітивним процесом. Іноді ми говоримо: «Він мене розуміє», або «Вона мене розуміє», - маючи на увазі щось більш складне і глибоке, ніж просто когнітивний процес розуміння значення слів: «Я живу з ним тому, що він мене розуміє ...» Що в це разі означає «розуміти»? Як можна зрозуміти людину? Яким чином? Босс відповідає на це питання так: «Зрозуміти означає дозволити іншій людині бути у відповідності з його внутрішніми потенціями, смислами, його сутністю». Таким чином, висвітлити - це і є зрозуміти, лише розуміння це відноситься не тільки до однієї людини, а до всіх речей у світі. Саме в цьому полягає сутність висвітлювання як інсайту[5].

Босс не втомлюється повторювати, що відкритість людини не є одне з його численних властивостей, в той же - час, це і не властивість простору. Сама людська сутність – це фундаментальна відкритість, - можливість осягнути щось як щось. Відкритість завжди потрібна для того, щоб зустріти речі такими, якими вони є, а не для чого-яких ще. «Якщо це не так, то як

взагалі щось може з'являтися в полі зору людини в своєму значенні?» - ставив питання Босс. Ще один момент, дуже важливий з точки зору Боса, це те, що людська відкритість не пасивна «подібно порожній кімнаті, куди вносять меблі». Людська відкритість передбачає відповідальність у сенсі відповіді речам в їх особливих шляхах, а також в сенсі вибору свого власного ставлення до речей. «Відкритість людської екзистенції складається з можливості досягнути присутність і значення того, що зустрічається, а також з можливості відповіді феноменам, способам, що відповідають їх значенню» [6].

Для того щоб краще зрозуміти ідею відкритості Босса, очевидно, варто почати зі світу. Бос вважає, що особистість можливо зрозуміти тільки як «людину в світі» (буття-в-світі). Якщо розглядати людину як деяку замкнуту свідомість, відділену від світу явищ, в якому вона існує, - зрозуміти її неможливо. У цьому сенсі відкритість розуміється як здатність до деякої взаємодії, що розвиває і збагачує людський організм і його особистість. Д.Леонтьев ілюструючи ідею відкритості Босса - приводить метафору обміну речовин. Організм може рости, тільки обмінюючись речовинами з навколишнім середовищем. Якщо такого обміну не буде, якщо організм заблокує обмін речовин, то він почне гнити. Коли обмін речовин припиняється, починається гниття.

Для Босса відкритість - це досить широке поняття, але, перш за все, це відкритість світу для взаємодії з ним. *Відкритість - головна характеристика самої людської екзистенції.* Стосовно до феноменологічного аналізу це означає, що найкраща теоретична орієнтація, яку може прийняти феноменологія, - це відмова від будь-якої теоретичної орієнтації. Щоб зрозуміти те, з чим він стикається, потрібно відмовитися від будь-яких апіорних схем, інтерпретацій і заданих принципів, дати феноменам говорити самим за себе. Головний принцип Dasein аналізу - це дати тому, що ми бачимо, з'явитися в своєму власному значенні, і у відповідність з цим

унікальним для кожного феномена значенням поставитися до нього, відповісти на його заклик [6].

Значення можливостей в Dasein аналізі. Можливість в розумінні Боса значно відрізняється від традиційного розуміння можливості. Якщо традиційний підхід до поняття можливості, що йде ще від Арістотеля, і, досяг кульмінації в теорії Маслоу, який розуміє можливість як деяку закладену в нас потенцію, то для Боса можливість - це *реальність, яка ще не здійснена*. Вона реальна не менше ніж все інше. Можливості знаходяться не всередині нас і не поза нами, вони закладені в самій структурі нашого існування, в світі. І ми маємо здатність ці можливості втілювати в життя. Сама людська екзистенція, по Боссові, існує як ансамбль можливостей. Ми самі існуємо як можливості того чи іншого ставлення до світу. Як людські істоти ми не тільки маємо можливості висвічувати речі у світ, але також маємо можливість вибирати тип відносин, в яких ці речі можуть бути висвітлені. А це означає можливість вибору, як ставитися до тих речей, які нам зустрічаються. Дуже важливою є наша відповідальність за те що ми робимо кінцевий вибір єдиної можливості з багатьох та її втілюємо. Поняття можливості, по Босові, тісно пов'язане з ідеєю свободи людини. Ступінь свободи, якою володіє людина, істотно більше, ніж ступінь свободи, якою володіють інші істоти, тому що люди здатні розуміти буття, тобто здатні бачити можливості. Однак не всі можливості можна бачити одночасно, не всі можливості можуть бути здійснені одночасно. Якись можливості ми вирішуємо здійснити зараз, якись відкладаємо на завтра, від деяких відмовляємося взагалі. І кожен з нас безпосередньо відповідає за вибір своїх можливостей. Ця відповідальність лежить на нас завжди, в кожен момент часу, незалежно від того, хочемо ми цього чи не хочемо. Відповідно Боссу, нездійснені можливості не менше реальні, ніж ті, які здійснені. Тому, по Босові, говорити про актуалізацію можливостей неправомірно[5].

Значення свободи в Dasein-аналізі. Босс стверджує, що для того, щоб мати можливість вибору, що власне і становить суть індивідуальної свободи,

потрібна можливість цієї можливості, свого роду пре- або до-свобода, яка є основою нашої індивідуальної свободи - наша фундаментальна відкритість (висвітлення). Існує два можливих виборів як проявів людської свободи: з якою річчю мати справу, і яким чином з нею мати справу. Звичайно, людська свобода, як і все людське, не абсолютна. Проте, не варто забувати, що навіть обмежена свобода - все одно форма свободи [7].

Мету терапії Босс бачить, подібно Фрейдю, в тому, щоб звільнити людину від обмежень невротичної несвободи. Виникає доречне запитання, яким чином Dasein спочатку вільне і відкрите, приходять до свого існування в якості невротично обмеженого і поневоленого? Босс відповідає на це питання наступним чином: «Люди дійсно народжуються вільними і відкритими. Однак з народження вони під впливом «не можна» і «роби як я» втрачають свою початкову свободу». У зв'язку з цим Босс згадує фрейдівське супер-его і гайдеггеровскоedasMan. Однак все перераховане вище є лише одним із шляхів, через який початкова свобода і відкритість можуть бути втрачені, ще можуть бути хвороби і нещасні випадки [7].

Все ж цими обмеженнями неможливо «обмежити» справжню природу Dasein. Отже, мета терапії - повернути людині його початкову свободу і відкритість. Хвороба - не що інше, як блокування цієї початкової відкритості та свободи Dasein, що означає неможливість жити, реалізуючи ті потенції, які найкраще можуть бути нами реалізовані. Ми говоримо про те, що вільна людина здорова, оскільки вона вільна від початку. Повертаючи людину до свободи, ми повертаємо його до власної початкової відкритості природі, а значить і до здоров'я. Чим глибше «рана» (ступінь придбаної несвободи), тим серйознішою і тривалою повинна бути робота терапевта по звільненню [7].

Екзистенціальна психологія Ролло Мея. Ролло Піс Мей (21 квітня, 1909 - 22 жовтня, 1994) - відомий американський психолог і психотерапевт, теоретик екзистенціальної психології. У своїх творах піддає ретельному аналізу основні проблеми людської екзистенції: добро і зло, свобода, відповідальність і доля, творчість, вина і тривога, любов і насильство.

Найбільш відома робота Мея «Любов і воля» (англ. LoveandWill) стала американським національним бестселером і отримала в 1970 році премію Ральфа Уолдо Емерсона за ерудицію в області наук про людину. Ролло Мей, безперечно, можна назвати однією з ключових фігур не тільки американської, а й світової психології. До самої своєї смерті він був одним з провідних екзистенціальних психологів в США. За роки роботи в якості психотерапевта, Мей розробив нову концепцію людини. Його підхід спирався більшою мірою на клінічні експерименти, ніж на кабінетну теорію. Людина, з точки зору Мея, живе сьогоднішнім, для нього актуально в першу чергу те, що відбувається тут і зараз. У цій єдиній, справжній реальності людина формує себе сама, на неї покладається відповідальність за те, ким вона в кінцевому рахунку становиться. Проникливі здогади про природу людського існування, які отримують переконливе підтвердження в ході подальшого аналізу, сприяли популярності Мея не тільки серед професійних психологів, а й серед широкої публіки. Роботи Мея відрізняються простотою і глибиною основних положень, які культивують здоровий прагматизм і раціональність в поведінці конкретного індивіда [8].

Замислюючись над корінними відмінностями між психічно-здоровою, повноцінною людиною і хворим, Мей прийшов до наступних висновків. Багатьом людям, вважає він, бракує хоробрості зустрітися віч-на-віч зі своєю долею. Спроби уникнути подібного зіткнення призводять до того, що вони жертвують більшою частиною своєї свободи і намагаються піти від відповідальності, заявляючи про споконвічну несвободу своїх дій. Щоб не робити вибір, вони втрачають здатність бачити себе такими, якими вони є насправді, і переймаються почуттям власної меншовартості і відчуженості від світу. Здорові ж люди, навпаки, кидають виклик своїй долі, цінують і оберігають свою свободу і живуть справжнім життям, чесною по відношенню до себе та інших. Вони усвідомлюють неминучість смерті, але їм вистачає сміливості жити в сьогоднішні [8].

На відміну від Фрейда, Адлера, Роджерса та інших теоретиків особистості, які спиралися на багатий клінічний досвід, Мей не заснував школу з безліччю гарячих послідовників і своїми методами. Проте він дуже багато писав про предмет психотерапії. Мей вважав, що неправильно орієнтувати психотерапію на лікування пацієнта від конкретної хвороби або на рішення його конкретної проблеми. Замість цього він ставив перед терапією завдання зробити людей більш людяними, допомогти їм розширити і розвинути свою свідомість, підштовхнувши їх тим самим до можливості вільного вибору. Можливість вибору, в свою чергу, веде до зростання свободи і одночасно відповідальності.

Мей стверджував, що «мета психотерапії - зробити людей вільними». «Я вважаю, - писав він, - що робота психотерапевта повинна полягати в тому, щоб допомогти людям отримати свободу для усвідомлення і здійснення своїх можливостей». Мей наполягав на тому, що терапевт, який зосереджується на симптомах пацієнта, випускає з уваги щось важливіше. Невротичні симптоми є всього лише способами втекти від своєї свободи і показниками того, що пацієнт не використовує свої можливості. Коли пацієнт стає більш вільним і людяним, його невротичні симптоми, як правило, зникають, невротична тривога поступається місцем нормальної тривоги і невротичне відчуття провини замінюється нормальним почуттям провини. Але все це - побічні вигоди, а не головна мета терапії. Мей твердо дотримувався думки, що психотерапія повинна в першу чергу допомагати людям відчувати своє існування і що «будь-яка наступна одужання від симптомів повинно бути вторичним продуктом цього процесу» [9].

Логотерапія В. Франкла. Віктор Еміль Франкл (нім. Viktor Emil Frankl; 26 березня 1905, Відень, Австро-Угорщина — 2 вересня 1997, Відень, Австрія) — австрійський психіатр, психотерапевт і філософ єврейського походження, творець так званої Третьої Віденської Школи психотерапії. Згідно Франклу, його терапія ґрунтується на трьох поняттях: свободі волі, волі до сенсу і сенсу життя [10]. Концепція логотерапії стверджує, що

рушійною силою людської поведінки є прагнення знайти і реалізувати існуючий в зовнішньому світі сенс життя. Однією з ключових людських властивостей, на думку Франкла, є воля до сенсу, яку Франкл протиставив адлеріанському прагненню до переваги, самоствердження, спрямованому на компенсацію комплексу неповноцінності і фрейдівському принципу задоволення.

Стан людини з фрустрованим прагненням до сенсу, на думку Франкла, і називається екзистенціальним вакуумом, про який писали філософи-екзистенціалісти. Екзистенціальний вакуум, згідно логотерапії, може призвести до ноогенного неврозу (неврозу, який виникає внаслідок фрустрації прагнення до сенсу), клінічній симптоматиці[11].

З точки зору Франкла, сенс не є щось суто суб'єктивне, - людина не вигадує його, а знаходить у навколишньому світі. Франкл називає три шляхи, йдучи за якими людина може зробити своє життя осмисленим [12]:

- Творчість;
- Отримання нового досвіду, переживання, або зустріч з кимось на життєвому шляху;
- Знаходження сенсу в житті, в тому числі в стражданнях.

Методи логотерапії:

- *Логоаналіз* - його розробив американець Джеймс Крамбо, один з учнів Віктора Франкла. Метод дозволяє провести детальну, як виражається Крамбо, інвентаризацію життя пацієнта. В логоаналізі використовуються два основні прийоми: розширення поля свідомості і стимулювання творчої уяви.

- *Парадоксальна інтенція*. Для лікування фобій і obsesивно-компульсивного розладу Франкл запропонував метод парадоксальної інтенції. В рамках даної методики пацієнту, що має, наприклад, певну фобію, пропонується парадоксальна спроба захотіти то, чого він найбільше боїться. Це може бути об'єкт, дія або ситуація, в якій пацієнт дуже боїться опинитися.

- *Дереклексія*. Суть методу дереклексії в тому, щоб подолати нав'язливу схильність до самоспостереження, яке стає надмірним. Людині

рекомендується переключити увагу з самого себе на смисли і цінності, які він може втілити в навколишньому світі. Сам Франкл так охарактеризував дерефлексію: «За допомогою дерефлексії пацієнт отримує можливість ігнорувати свій невроз, фокусуючи свою увагу на чомусь сторонньому. Він направляє свою увагу на життя, повну потенційних смислів і цінностей, які мають безпосереднє відношення до його особистих здібностей.»

Екзистенціальний аналіз. А. Ленгле. Альфрід Ленгле (нім. Alfred Längle; рід. 27 березня 1951 Гьотцис) - австрійський психолог, психотерапевт. На основі логотерапії та логоаналізу розробив новий напрям в психотерапії, що отримав назву *екзистенціальний аналіз* [14].

Ленгле говорить про екзистенціальний аналіз, як про окремий психотерапевтичний метод, який, на відміну від логотерапії Франкла, розглядається саме як самостійна терапія, а не просто як доповнення до традиційної психотерапії. В цьому сенсі, логотерапія є частиною екзистенціального аналізу. Сила його терапії, на думку Ленгле, полягає в тому, що вона допомагає людям впоратися з важкими, невід'ємними життєвими ситуаціями такими як невиліковні хвороби, втрати близьких. Основна сфера застосування логотерапії - профілактична робота, виховання і соціальна робота. Ленгле прямо заявляє про те, що саме екзистенційний аналіз використовується як психотерапевтичний інструмент, а логотерапія застосовується головним чином при консультуванні та профілактичній роботі [13].

Екзистенція для Ленгле є «наповнення змістом, яке втілюється вільно і відповідально в житті та в створюваній самою людиною світ, з яким вона перебуває у відносинах взаємовпливу / взаємодії і протиборстві» (Ленгле, 1999). На думку Ленгле екзистенціальний вимір життя людини недооцінюється іншими психотерапевтичними школами [13].

Мета екзистенціального аналізу як психотерапії по Ленгле є досягнення афірмації з життям, тобто особливого роду згоди зі своїм життям (тобто згоди-підтвердження, згоди-співучасті). Оскільки життя завжди відбувається

тільки в теперішньому часі, вихідним пунктом екзистенціального аналізу є «актуальне». Однак в центрі аналізу перебуває майбутнє як творення подальшому житті. Якщо людина не бачить майбутнього його екзистенція заблокована. Екзистенціальному аналітику важливо зрозуміти через що це відбувається. Слідом за Франклом Ленгле виділяє три основні причини таких блокувань[13]:

- *Тягар минулого заступає справжнє.* На відміну від психоаналізу Фрейда, який за словами Ленгле проводить тотальне «прочісування минулого», екзистенціальний аналіз зосереджує свою увагу тільки на тих моментах минулого, які роблять свій деструктивний вплив на сьогодення.

- *Невірні установки людини по відношенню до самого себе і погане знання своїх можливостей.* В цьому випадку екзистенціальний аналіз здійснює послідовне опрацювання відносин, установок і намірів пацієнтів. Центральними питаннями при цьому стають «Чи можу я довіряти власним почуттям?» І «Як я можу дізнатися, чого я хочу?»

- *Екзистенціальний вакуум.* «У людей є все для того щоб жити, але у них немає того заради, чого жити». Екзистенціальний аналіз в цьому випадку використовує методи логотерапії Франкла для того, щоб допомогти людині знайти сенс власного існування.

Ірвін Девід Ялом - американський психіатр і психотерапевт, доктор медицини, професор психіатрії Стенфордського університету; відомий як автор науково-популярної та художньої літератури[17]». Ірвін Ялом є послідовним противником де-індивідуалізованого, бюрократичного, формального підходу в психотерапії. Особливо різко виступав проти (як він сам називав) «короткострокової діагноз-орієнтованої терапії». «Короткострокова діагноз-орієнтована терапія», по Ялому, управляється економічними силами, ґрунтується на вузьких, формальних діагнозах, одностороння, керована протоколом, «терапія для всіх», без урахування індивідуальності. Ялом вважає, насамперед, що для кожного пацієнта потрібно «винаходити» нову психотерапію, бо у кожного є унікальна історія.

Основою цієї «нової» терапії служить терапія, побудована на міжособистісних взаєминах «тут і зараз» пацієнта і психотерапевта, на взаємних одкровеннях[16]». Не останню роль на формування його поглядів вплинув й психоаналіз. У своїх роботах Ялом пройшов шлях від психоаналізу до екзистенціально-гуманістичного терапевта. Велике місце в його працях («Мамуся і сенс життя», «Брехун на кушетці», «Дар психотерапії») відводиться подолання екзистенціальному страху смерті. У творі «Вдивляючись в сонце. Життя без страху смерті »(2008) він підводить підсумок вивчення цієї проблеми, і пише:« Як тільки ми опиняємося здатними протистояти факту своєї власної смертності, ми можемо перебудувати наші пріоритети, спілкуватися більш глибоко з тими, кого ми любимо, цінуємо більш гостро красу життя і збільшуємо свою готовність взяти на себе ризики, необхідні для особистого виконання[15].»

Висновки та перспективи подальших досліджень. В даній статті ми провели теоретичний аналіз найвпливовіших течій та напрямів сучасної екзистенціальної психології та психотерапії. Зокрема, описані такі автори, як Бінсвангер Людвіг та Медард Босс, - основоположники Дазайн-аналізу – психології «тут-буття», - одного з перспективних напрямів екзистенціальної психотерапії. Важливі досягнення у вивченні таких феноменів як свобода, любов, сенс життя, тривога, тощо має відомий екзистенціальний психолог – Роло Мей. Коротко були розглянуті особливості логотерапії – практичного напрямку, створеного Віктором Емілем Франклом, який поєднує в собі три важливих методи екзистенціальної психотерапії – логоаналізу, парадоксальної інтенції та дереклексії. Не менш важливими є аналіз таких сучасних послідовників гуманістичної та екзистенціальної психології як Ірвін Ялом та Альфрід Ленге.

Вивчення принципів сучасної екзистенціальної психології та їх поєднання з методами когнітивної психології й когнітивно-поведінкового підходу є перспективними, оскільки вони можуть бути використані при терапії різноманітних небажаних психологічних станів (фрустрації,

вигорання, екзистенціальна криза, депресій, тощо), та деяких психічних хвороб.

Список використаних джерел

1. Existential therapy: An introduction [Електронний ресурс].- режим доступу: http://www.academia.edu/7150933/EXISTENTIAL_THERAPY_intro

2. Мей Р. Зміст тривоги (англ. TheMeaningofAnxiety) / Р. Мей [пер. з англ. М. І. Завалової, А. Ю. Сибуріної].- К.: PSYLIB, 2005.-384 с.

3. Бінсвангер Л. Буття-в-світі / Л. Бінсвангер.- М.:Вид-во КСП+Ювента, Ленато.- 1999.- 300 с.

4. Condrau, G. (1985). Philosophische und anthropologische Grundlagen der Daseinsanalyse. Daseinsanalyse, 189-296 / Кондрау Ж. Філософські та антропологічні основи дазайн-аналізу // Дазайн-аналіз: офіційний журнал міжнародної дизайн-аналітичної асоціації.- 1985.- №2.- с. 189-296 [пер. І. Казакова] [Електронний ресурс].- режим доступу: <https://cyberleninka.ru/article/n/predislovie-k-publikatsii-perevoda-stati-zhiona-kondrau-filosofskie-i-antropologicheskie-osnovaniya-dazayn-analiza>.

5. Летуновський В. В. Порівняльний аналіз методологічних основ варіантів екзистенціального аналізу Л. Бінсвангера та М. Босса / В. В. Летуновський // Розуміння як фактор особистісного розвитку.- Кемерово: Графіка, 2002.- [Електронний ресурс].- режим доступу: <http://hpsy.ru/public/x026.htm>.

6. Летуновський В. В. До 100-річчя з дня народження Медарда Босса / В. В. Летуновський // [Електронний ресурс].- режим доступу: <http://hpsy.ru/public/x748.htm>.

7. Кучинський М. Г. Розвиток феноменологічного методу та Dasein-аналіз / М. Г. Кучинський // Dasein-аналіз у філософії та психології.- 2011.- С. 94-169.

8. Фрейдджер Р. Теорії особистості та особистісне зростання / Р. Фрейдджер, Дж. Фейдімен .- [Електронний ресурс].- режим доступу: https://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Psihol/freydjer/index.php.

9. May R. Psychology and the human dilemma / R. May // Gendlin, E.T. (1967, June). [Review of the book *Psychology and the human dilemma*]. *Psychology Today*, 11-12. From http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2122.html

10. Франкл В. Теорія і терапія неврозів / В Франкл.- М.: БіГ-Пресс, 2012.- 224 с.

11. Романін А. М. Основи психотерапії / А. М. Романін.- М.: КНОРУС, 2006.- 469 с.

12. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі / В. Франкл [пер. О. Замойська].- К.: Вид-во «Книжковий клуб «Клуб сімейного дозвілля».- 2016.- 160 с.

13. Ленгле А. Психотерапія – науковий метод чи духовна практика? Про співвідношення між іманентним та трансцендентним на прикладі екзистенціального аналізу / А. Ленгле // «Московський психотерапевтичний журнал».- 2003.- № 2.

14. Есельсон С. Б. Екзистенціалізм у психології / Есельсон С. Б., Летуновський В. В. // Екзистенціальна традиція: філософія., психологія, психотерапія [Електронний ресурс].- режим доступу: <http://hpsy.ru/public/x2711.htm>.

15. Yalom Irvin D. Staring at the Sun: Overcoming the Terror of Death / Irving D. Yalom // JOSSEY-BASS A Wiley Imprint.- 2008.- 317 p.

16. Скарлош С. Як навчитися любити. Ірвін Ялом про неврози, сенс життя, свою маму та Всевишнього / С. Скарлош // Російський Репортер.- 2012.- № 45 (274).

17. Yalom Irvin D. ExistentialPsychotherapy / Irvin D. Yalom.- Kindle, Aug.1, 2008.

References

1. Existential therapy: An introduction [Online], available at: http://www.academia.edu/7150933/EXISTENTIAL_THERAPY_intro

2. May, R. [trans. from english Zavalova, M. I. Siburina, A. Yu.] (2005), *Zmist tryvohy (anhl. The Meaning of Anxiety)* [The Contents of the Anxiety (English The Meaning of Anxiety)], PSYLIB, Kyiv, Ukraine.

3. Binswanger, L. (1999), *Being-in-the-world*, View of PCB + Juventus, Lenato, Moscow, Russia.

4. Kondrau, J. (1985), *Philosophical and anthropological foundations of the dazein analysis*, Dazayn-analysis: the official journal of the international design and analytical association, vol.2, pp. 189-296 [Online], available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/predislovie-k-publikatsii-perevoda-stati-zhiona-kondrau-filosofskie-ianantropologicheskie-osnovaniya-dazayn-analiza>.

5. Letunovsky, V.V. (2002), “Comparative analysis of methodological foundations of variants of existential analysis by L. Binswanger and M. Boss”, *Rozuminnya yak faktor osobystisnoho rozvytku*, Kemerovo, Russia [Online], available at: <http://hpsy.ru/public/x026.htm>.

6. Letunovsky, V.V., *Do 100-richchya z dnya narodzhennya Medarda Bossa*” [To the 100th anniversary of the birth of Medard Boss], [Online], available at: <http://hpsy.ru/public/x748.htm>.

7. Kuchinsky, M. G. (2011), “Development of the phenomenological method and Dasein-analysis”, *Dasein-analysis of philosophy and psychology*, pp. 94-169.

8. Frederinger, R. Feidimen, J. “ Theories of Personality and Personal Growth” [Online], available at: https://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Psihol/freydjer/index.php.

9. May, R. Gendlin, E.T. (1967), “Psychology and the human dilemma”, *Psychology Today*, pp. 11-12, [Online], available at: http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2122.html

10. Frankl, B. (2012), *Teoriya i terapiya nevroziv* [Theory and Therapy of Neuroses], Big-Press, Moscow, Russia.

11. Romanin, A. M. (2006), *Osnovy psykhoterapiyi* [Fundamentals of Psychotherapy], KNOROUS, Moscow, Russia.

12. Frankl, V. [trans. O. Zamoyskaya] (2016), *Lyudyna v poshukakh spravzhn'oho sensu. Psykholoh u kontstabori* [Man in search of true meaning. Psychologist at concentration camp], View of "Book Club" Family Leisure Club, Kyiv, Ukraine.

13. Langle, A. (2003), "Psychotherapy - a scientific method or spiritual practice? On the Relationship between Immanent and Transcendent on the Example of Existential Analysis", *Moskovs'kyy psykhoterapevtychnyy zhurnal*, vol.2.

14. Esselson, S. B. and Letunovsky, V.V. "Existentialism in psychology", *Existential tradition: philosophy., Psychology, psychotherapy* [Online], available at: <http://hpsy.ru/public/x2711.htm>.

15. Yalom, Irvin D. (2008), "Staring at the Sun: Overcoming the Terror of Death", *JOSSEY-BASS A Wiley Imprint*.

16. Skarlosh, S. (2012), "How to learn to love. Irvine Yalom about neuroses, the meaning of life, his mother and the Almighty", *Rosiys'kyy Reporter*, vol. 45 (274).

17. Yalom, Irvin D. (2008), "Existential Psychotherapy", *Kindle*, Aug.1.

Оськіна Ірина Сергіївна, магістр психології, ПрАТ «ВНЗ «МАУП», 02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5144-8484>

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНКИ, ЯКА ВИХОВУЄ ДИТИНУ ВІД ПЕРШОГО ШЛЮБУ В НОВИХ ПОДРУЖНІХ СТОСУНКАХ

Анотація

Ключові слова: жінка, матір, психологічні особливості жінки, шлюб, повторний шлюб, подружні стосунки, виховання, дитина

Постановка проблеми. При повторних шлюбах постає багато проблем, крім того, у повторному шлюбі люди знову стикаються з труднощами, які ускладнювали їх перший шлюб.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Сім'я та сімейні проблеми привертають пильну увагу спеціалістів. Проблема повторних шлюбів - це, насамперед, конфлікт між дитиною і «новим батьком», і в його формуванні або усунення важливу роль відіграє мати. Щоб утворилася нова сім'я, потрібен час, і часто цьому перешкоджають нереальні очікування.

Виклад основного матеріалу. В більшості, матері в другому шлюбі не виявляють щирих інтересів до того, що цікавить дитину від першого шлюбу, не оцінюють здібності дитини, встановлюють деяку, часто значну, психологічну дистанцію між собою і дитиною, недостатньо про неї піклуються. В ряді випадків, мати поводиться занадто авторитарно по відношенню до дитини, або, навпаки, контроль над діями дитини з боку матері практично відсутній. Майже половина досліджуваних жінок, які перебувають у другому шлюбі, вважають свою дитину від першого шлюбу маленьким невдахою.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Жінка повинна вміти аналізувати свою поведінку і вчасно звертатися за консультацією до психолога в разі необхідності. Інакше, дуже висока доля імовірності, що в новому шлюбі все піде по старому сценарію.

Аннотация

Оськина И. С., магистр психологии; ЧАО «ВУЗ «МАУП»; г. Киев, Украина.

Психологические особенности женщины, которая воспитывает ребенка от первого брака в новых супружеских отношениях.

Ключевые слова: женщина, мать, психологические особенности женщины, брак, повторный брак, супружеские отношения, воспитание, ребенок.

Постановка проблемы. При повторных браках появляется много проблем, кроме того, в повторном браке люди вновь сталкиваются с трудностями, которые усложняли их первый брак.

Анализ последних исследований и публикаций. Семья и семейные проблемы привлекают пристальное внимание специалистов. Проблема повторных браков - это, прежде всего, конфликт между ребенком и «новым отцом», и в его формировании или устранении важную роль играет мать. Чтобы образовалась новая семья, нужно время, и часто этому препятствуют нереальные ожидания.

Изложение основного материала. В большинстве, матери во втором браке не проявляют искреннего внимания к тому, что интересует ребенка от первого брака, не оценивают способности ребенка, устанавливают некоторую, часто значительную, психологическую дистанцию между собой и ребенком, недостаточно о нем заботятся. В ряде случаев, мать ведет себя слишком авторитарно по отношению к ребенку, или, наоборот, контроль над действиями ребенка со стороны матери практически отсутствует. Почти половина исследуемых женщин, находящихся во втором браке, считают своего ребенка от первого брака маленьким неудачником.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Женщина должна уметь анализировать свое поведение и вовремя обращаться за консультацией к психологу в случае необходимости. Иначе, очень высокая доля вероятности, что в новом браке все пойдет по старому сценарию.

Annotation

Os'kina I. S., Magister of Psychology; The Private Joint-Stock Company Higher Educational Institution Interregional Academy of Personnel Management; Kyiv, Ukraine. **Psychological features of a woman who brings up a child from her first marriage in a new marital relationship.**

Key words: woman, mother, psychological features of a woman, marriage, remarriage, matrimonial relations, upbringing, child.

Formulation of the problem. When remarriages appear many problems, in addition, in remarriage people again face difficulties that complicate their first marriage.

Analysis of recent research and publications. Family and family problems attract the close attention of specialists. The problem of remarriages is, first of all, the conflict between the child and the “new father”, and the mother plays an important role in its formation or elimination. For a new family to be formed, time is needed, and often this is hampered by unrealistic expectations.

The presentation of the main material. In the majority, mothers in the second marriage do not show sincere attention to what interests the child from the first marriage, do not assess the child's abilities, establish some, often significant, psychological distance between themselves and the child, do not care enough about it. In some cases, the mother behaves too authoritarian in relation to the child, or, on the contrary, there is practically no control over the actions of the child by the mother. Almost half of the studied women in the second marriage consider their child from the first marriage a little loser.

Conclusions and prospects for further research. A woman should be able to analyze her behavior and consult a psychologist in time if necessary. Otherwise,

a very high proportion of the likelihood that in a new marriage everything will go according to the previous scenario.

Ключові слова: жінка, матір, особливості жінки, шлюб, повторний шлюб, подружні стосунки, виховання, дитина

Постановка проблеми. Кількість розлучень в Україні порівняно з 90-ми роками минулого століття зростає майже удвічі. Наскільки швидко жінка зможе адаптуватись у новому шлюбі залежить від її емоційної зрілості, відповідальності за свої почуття та вчинки. У новому шлюбі виникають труднощі, тому жінці важливо знати себе, знати свої бажання, ціннісні орієнтири, організувати своє життя за своїм задумом.

При повторних шлюбах постає багато проблем: як ростити і виховувати дітей від попередніх шлюбів, сплачувати й отримувати аліменти, вибудовувати стосунки з колишніми (дружиною, чоловіком). Крім того, у повторному шлюбі люди опиняються перед труднощами, які ускладнювали їх перший шлюб (егоїзм, пияцтво, відсутність порозуміння тощо), а також дублюються сексуальні проблеми.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Сім'я та сімейні проблеми привертають пильну увагу спеціалістів. Зокрема, такі питання як стабільність сім'ї, подружні затруднення, стійкість шлюбу, рівні сумісництва висвітлюють у своїх роботах С. Голод, М. Обозов, Ю. Олейник, В. Шевчук та ін. Сімейній психології та терапії присвячені роботи Е. Ейдемільера та Е. Фрома. Питання жіночої психології розглядаються в роботах К. Юнга, З. Фрейда, Д. Кемпбелла, І. Ялома, К. Естес, Р. Єфімкіної, М. Горкової. Висвітлення закономірностей виникнення й організації внутрішньосімейної діяльності та міжособистісної взаємодії також знайшли своє місце в певних роботах (Г. Андрєєва, О. Бодальов, С. Голод, Б. Гузиков, Л. Орбан-Лембрик, В. Столін та ін.).

Успішність повторного шлюбу суттєво залежить від психологічної сумісності партнерів. Шлюби, що створені партнерами на ґрунті попереднього досвіду подружнього життя, мають типові психологічні особливості, як-от: домінування розрахунку, а не почуттів; порівняння нинішнього шлюбу з колишнім; протилежна організація; повторна адаптація.

Як вважає Т. Титаренко, творча особистість, на відміну від особистості незрілої, нетворчої може перетворити найтяжчі життєві обставини на плацдарм для формування нових технік життя, конструктивних життєвих стратегій. Вона не лише переживає неприємності, не лише страждає, а й сприймає їх як випробування, що загартовують, навчають, дають необхідний досвід [7, с. 48].

На думку Ковалева С.В. завадити щасливому сімейному життю у повторному шлюбі можуть глибокі суперечності: між старими і новими шлюбно-родинними настановами; між попереднім досвідом сімейного життя і новими стосунками; між різними, або й протилежними індивідуальними звичками подружньої взаємодії чоловіка та дружини; між подружньою та батьківською любов'ю в родині із дитиною від першого шлюбу.

Якщо в повторному шлюбі люди постійно співставляють попередній і нинішній подружній досвід, виявляючи, що перший шлюб був більш вдалим, то психологічна адаптація чоловіка та дружини розгортається ускладнено [2, ст. 97]. На думку А. Н. Обозової, існує чотири аспекти подружньої сумісності, необхідність поділу яких, на її думку, обґрунтована розходженням властивих їм критеріїв, закономірностей і проявів:

1) духовна сумісність - характеризує узгодженість компонентів поведінки партнерів: установок, ціннісних орієнтацій, потреб, інтересів, поглядів, оцінок, думок;

2) персональна сумісність - характеризує відповідність структурно-динамічних особливостей партнерів: властивостей темпераменту, характеру, емоційно-вольової сфери. Один із критеріїв персональної сумісності - безконфліктне розподіл міжособистісних ролей, а основна закономірність

цього аспекту сумісності подружжя - додатковість структурних характеристик партнерів;

3) сімейно-побутова сумісність - функціональні особливості шлюбних партнерів: узгодженість уявлень про функції сім'ї та відповідному укладі, узгодженість рольових очікувань і домагань при реалізації цих функцій. Основним критерієм є ефективність виховання дітей;

4) фізіологічна сумісність - основним критерієм є сексуальна сумісність, тобто задоволеність від фізіологічної близькості [3, с. 68].

Роджерс вважав, що постійність взаємовідносин між чоловіком і жінкою збережеться в тій мірі, в якій ці взаємини задовольняють емоційні, психологічні, інтелектуальні та фізичні потреби партнерів [5, с. 205].

Як вказує С. І. Голод, повторні шлюби супроводжує клубок протиріч, особливо в тих випадках, коли жінка, котра має дитину, народжує і в повторному шлюбі. Межі сім'ї стають розпливчастими, характер же відносин жінки з колишнім «чоловіком-батьком» і актуальним «чоловіком-батьком», дитини з матір'ю, батьком і вітчимом, зведених братів (сестер) між собою - невизначеним і заплутаним [1, с.58].

Проблема повторних шлюбів - це, насамперед, конфлікт між дитиною і «новим батьком», і в його формуванні або усунення важливу роль відіграє мати. Для дитини створення нової сім'ї є психологічною травмою і, виходячи заміж, жінка повинна про це пам'ятати. Завдяки своїй інтуїції жінка зможе знайти індивідуальний підхід і до свого чада і до чоловіка, але перший час вона, скоріше за все, буде як між двох вогнів.

Як вважає Голод С.І., щоб утворилася нова сім'я, потрібен час, іноді тривалий час, і часто цьому перешкоджають нереальні очікування. Найбільша помилка - вважати, що всі полюблять один одного з самого початку [1, ст.187].

Зазвичай сімейні відносини у повторному шлюбі розвиваються таким чином, проходячи ряд закономірних стадій:

- Стадія мрій: вам здається, що все піде легко і просто. Ви щасливі, що у ваших дітей з'явиться новий тато, брати і сестри.

- Стадія псевдоасиміляції. Ви намагаєтеся все робити так, як вам мріялося, але виходить зовсім не те, чого ви очікували. Фантазії не витримують зіткнення з реальністю.

- Стадія оцінки реального стану речей. Ви розумієте, що не все складається, як треба, і треба щось зробити. Вас раптово починає дратувати, коли ваша пасербиця сідає в машині на переднє місце поруч з батьком, замість того щоб сісти ззаду. Напруженість у відносинах зростає, а іноді виливається в бурхливі сцени.

- Стадія мобілізації. На цій стадії члени сім'ї починають виходити з загальмованого стану і висловлювати, що їх не влаштовує. Чекайте палких суперечок.

- Стадія дій. Батьки починають визначати обов'язки з ведення домашнього господарства, разом приймають рішення, як задовольнити складне переплетення потреб усіх членів нової сім'ї.

- Стадія створення контактів. Відбувається поглиблення взаємозв'язків між нерідними батьками і нерідними дітьми.

- Стадія дозволу. Тепер ви всі добре один одного знаєте, встановлено нові правила, і всі виконують їх. Ви стали згуртованою сім'єю [4, с.78].

На думку Столярчук О. А., построзлучна ситуація може бути ускладнена різними обставинами. За довгий час сумісного життя, батьки й діти обростають сімейними жартами та сленгом, які можуть стати після розлучення недоречними. Майже в кожній сім'ї формуються свої ритуали, традиції. Усе це треба вибудовувати наново, щоб уникнути непередбачуваних недоречностей [6, с.78].

Виклад основного матеріалу. За допомогою таблиці 1 представимо зведені результати за підшкалою «Сімейні конфлікти» для жінок у другому шлюбі ІЕГ та першому шлюбі ІІ ЕГ. Як бачимо з табл. 1 для жінок І ЕГ: у 13 з досліджуваних жінок у другому шлюбі низька оцінка сімейних конфліктів,

у 6 досліджуваних жінок у другому шлюбі – висока оцінка сімейних конфліктів, 6 жінок мають мінімальну оцінку сімейних конфліктів і у 13 жінок середні показники сімейних конфліктів.

Таблиця 1.

Зведені результати за підшкалою «Сімейні конфлікти» для жінок у 1-му та 2-му шлюбі

Показники сімейні конфлікти	I ЕГ		II ЕГ		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей ($t_{\text{крит}}=1,992$, $f=76$ при $\alpha=0,05$)
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	
Висока оцінка	6	15,8	8	20,0	14,14
Середня оцінка	13	34,2	16	40,0	21,21
Низька оцінка	13	34,2	15	37,5	14,14
Мінімальна оцінка	6	15,8	1	2,5	35,36
Всього	38	100	40	100	

У жінок у першому шлюбі маємо такі показники: у 8-ми жінок висока оцінка сімейних конфліктів. У 16 жінок виявилась середня оцінка за шкалою «сімейні конфлікти», у 15 жінок у першому шлюбі маємо низьку оцінку конфліктів у родині і у однієї жінки мінімальна.

Наступна ознака, яку було досліджено,- «Обмеженість інтересів жінки». В таблиці 2 представлені зведені результати дослідження для IЕГ (жінок у другому шлюбі) та IIЕГ (жінок у першому шлюбі).

З таблиці 2 бачимо, що у більшості жінок I ЕГ, які приймали участь у дослідженні, низька оцінка обмеженості інтересів турботами сім'ї. Таких жінок 19. У 6 жінок висока оцінка обмеженості інтересів, у 3 жінок мінімальна обмеженість інтересів, у 10 жінок, що випробовувались, середні значення за ознакою обмеженість інтересів. У жінок II ЕГ маємо такі

показники за ознакою «обмеженість інтересів»: у 5 жінок – висока оцінка, у 15 жінок маємо середню оцінку, у 18 жінок отримали низьку оцінку за цією ознакою, у 2 жінок мінімальна оцінка.

Таблиця 2.

Зведені результати за ознакою «Обмеженість інтересів жінки рамками сім'ї, турботами виключно сім'ї» для І ЕГ та ІІ ЕГ

Показники обмеженість інтересів	І ЕГ		ІІ ЕГ		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей (t _{крит} =1,992, f=76 при α=0,05)
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	
Висока оцінка	6	15,8	5	12,5	7,07
Середня оцінка	10	26,3	15	37,5	35,36
Низька оцінка	19	50	18	47,4	7,07
Мінімальна оцінка	3	7,9	2	5,0	7,07
Всього	38	100	40	100	

Далі було проаналізовано ознаку «Відчуття самопожертви». У таблиці 3 наводяться зведені результати за підшкалою «Відчуття самопожертви».

Таблиця 3.

Зведені результати за підшкалою «Відчуття самопожертви» за методикою PARI для жінок І ЕГ (другий шлюб) та ІІ ЕГ (перший шлюб)

Показники відчуття самопожертви	І ЕГ		ІІ ЕГ		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей (t _{крит} =1,992, f=76 при α=0,05)
	Аб. кіл-ть	%	Аб.кіл-ть	%	
Висока оцінка	4	10,53	6	15,0	14,14
Середня оцінка	14	36,84	21	52,5	49,50
Низька оцінка	15	39,47	11	27,5	28,28
Мінімальна оцінка	5	13,16	2	5,0	21,21
Всього	38	100	40	100	

Отже, з усіх досліджуваних жінок I ЕГ у 15 виявилась низька оцінка за ознакою «відчуття самопожертви», 4 жінки мають високу оцінку і 5 жінок – мінімальну. Середню оцінку виявили у 14 досліджуваних жінок.

У жінок II ЕГ маємо такі показники: у 6 жінок висока оцінка за ознакою «відчуття самопожертви», у 21 жінки виявилась середня оцінка, маємо низьку оцінку у 11 досліджуваних жінок, мінімальна оцінка у 5 жінок.

Наступна ознака «Над-авторитет батьків». У таблиці 4 наведемо зведені результати за цією ознакою для жінок I ЕГ та II ЕГ.

Таблиця 4.

Зведені результати за ознакою «Над-авторитет батьків» за методикою PARI для жінок I ЕГ та II ЕГ

Показники Над-авторитет батьків	I ЕГ		II ЕГ		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей ($t_{\text{крит}}=1,992$, $f=76$ при $\alpha=0,05$)
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	
Висока оцінка	5	10,5	6	15,0	7,07
Середня оцінка	15	36,9	21	52,5	42,43
Низька оцінка	14	39,5	11	27,5	21,21
Мінімальна оцінка	4	13,2	2	5,0	14,14
Всього	38	100	40	100	

Для жінок I ЕГ маємо наступні показники за ознакою «Над-авторитет батьків»: у 5 жінок висока оцінка за цією ознакою, у 15 жінок маємо середню оцінку, у 14 жінок отримали низьку оцінку і у 4 жінок мінімальна оцінка.

Для жінок II ЕГ одержані такі результати: у 6 жінок маємо високу оцінку за ознакою «Над-авторитет батьків», у 21 жінки виявилась середня оцінка, у 11 жінок отримали низьку оцінку і у 2 жінок мінімальна оцінка.

Проаналізуємо результати за ознакою «Незадоволеність роллю господині» за допомогою таблиці 5.

Для жінок I ЕГ маємо: у 12 жінок низька оцінка незадоволеністю роллю господині, у 7 жінок висока оцінка незадоволеністю роллю господині, у 4 жінок мінімальна незадоволеність роллю господині, а 15 досліджуваних жінок отримали середні оцінки. Отже, в найбільшій кількості жінок середня оцінка незадоволеністю роллю господині.

Таблиця 5.

Зведені результати за ознакою «Незадоволеність роллю господині» за методикою PARI для жінок I ЕГ та II ЕГ

Показники «незадоволеність роллю господині»	I ЕГ		II ЕГ		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей ($t_{\text{крит}}=1,992$, $f=76$ при $\alpha=0,05$)
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	
Висока оцінка	7	18,4	5	12,5	14,14
Середня оцінка	15	39,5	17	42,5	14,14
Низька оцінка	12	31,6	13	32,5	7,07
Мінімальна оцінка	4	10,5	5	12,5	7,07
Всього	38	100	40	100	

Для жінок II ЕГ отримали такі показники: у 5 жінок висока оцінка за ознакою «незадоволеність роллю господині», у 17 жінок середня оцінка за цією ознакою, у 13 жінок одержали низьку оцінку і у 5 жінок мінімальна оцінка.

Наступна ознака, яка досліджувалася – «Байдужість чоловіка». Результати наведені у таблиці 6.

За ознакою «Байдужість чоловіка», для жінок I ЕГ маємо показники: у 16 жінок, що випробовувались, середня оцінка байдужості чоловіка, у 15 жінок низька оцінка байдужості чоловіка і у 2 жінок мінімальна оцінка байдужості чоловіка. У 5 % всіх випробовуваних жінок отримали високі оцінки за ознакою «Байдужість чоловіка».

За ознакою «Байдужість чоловіка» для жінок II ЕГ маємо показники: у 3 жінок висока оцінка за цією ознакою, у 24 жінок виявилась середня оцінка, у 8 жінок маємо низьку оцінку і у 5 жінок мінімальна оцінка.

Таблиця 6.

Зведені результати за ознакою «Байдужість чоловіка» за методикою PARI для жінок I ЕГ та II ЕГ

Показники «байдужість чоловіка»	I ЕГ		II ЕГ		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей ($t_{\text{крит}}=1,992$, $f=76$ при $\alpha=0,05$)
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	
Висока оцінка	5	13,2	3	7,5	14,14
Середня оцінка	16	42,1	24	60,0	56,57
Низька оцінка	15	39,5	8	20,0	49,50
Мінімальна оцінка	2	5,3	5	12,5	21,21
Всього	38	100	40	100	

Отримані результати за ознакою «Домінування матері» представимо за допомогою таблиці 7 для жінок I ЕГ та II ЕГ.

Таблиця 7.

Зведені результати за ознакою «Домінування матері» за методикою PARI для жінок I ЕГ та II ЕГ

Показники «домінування матері»	I ЕГ		II ЕГ		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей ($t_{\text{крит}}=1,992$, $f=76$ при $\alpha=0,05$)
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	
Висока оцінка	10	26,3	7	20,0	21,21
Середня оцінка	15	39,5	19	40,0	28,28
Низька оцінка	13	34,2	12	32,5	7,07
Мінімальна оцінка	0	0,0	2	7,5	14,14
Всього	38	100	40	100	

За ознакою «Домінування матері» для жінок I ЕГ маємо: у 10 жінок, що приймали участь у дослідженні, висока оцінка, у 13 жінок бачимо низьку оцінку домінування матері. Середня оцінка за ознакою домінування у 15 жінок.

За ознакою «Домінування матері» для жінок II ЕГ одержали: у 7 жінок висока оцінка за цією ознакою, у 19 жінок виявилась середня оцінка, у 12 жінок низька оцінка, у 2 жінок мінімальна оцінка.

Було проведено сімейний тест для жінок. Представимо зведені результати дослідження за сімейним тестом для жінок за допомогою таблиці 8 для жінок I ЕГ та II ЕГ.

Отримали такі результати за сімейним тестом для жінок I ЕГ: з усіх досліджених у 15 опитуваних жінок виявились дисгармонічні відносини з чоловіком, у 23 жінок отримали гармонійні стосунки з чоловіком за сімейним тестом для жінок.

Таблиця 8.

**Зведені результати дослідження за сімейним тестом
для жінок I ЕГ та II ЕГ**

Показники	I ЕГ		II ЕГ		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей ($t_{крит}=1,992$, $f=76$ при $\alpha=0,05$)
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	
Гармонійні	23	60,5	26	65,0	21,21
Дисгармонійні	15	39,5	14	35,0	7,07
Всього	38	100	40	100	

Результати для жінок за сімейним тестом II ЕГ: у 26 жінок виявились гармонійні відносини з чоловіками, у 14 маємо дисгармонійні відносини.

Проводився тест «Стабільність шлюбу» для жінок. У таблиці 9 приведемо зведені результати за цим тестом для жінок I ЕГ та II ЕГ.

За тестом «Стабільність шлюбу», для жінок I ЕГ виявилось, що в більшості опитуваних жінок (19) шлюб виявився стабільним, тобто можна

говорити про високий рівень взаєморозуміння в сім'ї і рівною позитивною атмосферою. У 16 жінок у стосунках з чоловіками можна говорити про деяку напруженість у відносинах. У однієї жінки шлюб на межі руйнування і тільки спільне бажання подружжя може щось змінити. У двох жінок, що проходили тестування, шлюб виявився щасливим.

Таблиця 9.

**Зведені результати за тестом «Стабільність шлюбу»
для жінок I ЕГ та II ЕГ**

Показники	I ЕГ		II ЕГ		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей ($t_{крит}=1,992$, $f=76$ при $\alpha=0,05$)
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	
руйнування	1	2,6	2	5,0	7,07
напруження	16	42,1	14	35,0	14,14
стабільний	19	50	20	50,0	7,97
щасливий	2	5,3	4	10,0	14,14
Всього	38	100	40	100	

За тестом стабільність шлюбу для жінок II ЕГ виявилось, що в 20 жінок стабільний шлюб. У 2 жінок шлюб на межі руйнування, в 14 жінок спостерігається напруженість у відносинах. У 4 жінок виявився щасливий шлюб.

Тест-опитувальник батьківського ставлення (ОРО), автори А.Я.Варга, В.В.Століна, являє собою методику для діагностики батьківського відношення у матерів, батьків, опікунів і т.д., що звертаються за психологічною допомогою з питань виховання дітей і спілкування з ними.

Результати опитування виражаються в п'яти шкалах: прийняття-відторгнення, соціальна бажаність поведінки дитини, симбіоз (відсутність дистанції між батьком і дитиною), авторитарний контроль, ставлення до невдач дитини.

Було отримано результати за тестом по шкали «прийняття – відторгнення». За допомогою таблиці 10 наведемо отримані зведені результати.

Таблиця 10.

Зведені результати за шкалою «Прийняття - відторгнення» за тестом опитувальником батьківського ставлення (ОРО), автори А. Я. Варга, В.

В. Століна, для жінок I ЕГ та жінок II ЕГ

Показники	I ЕГ		II ЕГ		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей (t _{крит} =1,992, f=76 при α=0,05)
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	
Високі	10	26,3	21	52,5	77,78
Середні	9	23,7	14	35,0	35,36
Низькі	19	50,0	5	12,5	98,99
Всього	38	100	40	100	

Як бачимо з табл. 10, у 10 жінок I ЕГ високі показники прийняття дитини за шкалою «прийняття - відторгнення». В 9 жінок середні показники, і в 19 - низькі показники прийняття дитини.

Для жінок II ЕГ маємо такі результати за шкалою «прийняття - відторгнення»: у 21 жінки високі бали прийняття дитини, у 14 жінок середні показники прийняття і у 5 жінок маємо низькі показники прийняття дитини.

Наступна шкала, за якою було здійснено аналіз, шкала «Кооперація». У таблиці 11 наведені зведені результати за цією шкалою.

Для жінок I ЕГ маємо такі результати за шкалою «Кооперація»: у 13 досліджуваних жінок високі бали за шкалою «Кооперація». У 8 жінок середні бали, у 17 жінок - низькі бали. Отже, виявилось, що в більшості дорослі не виявляють щирої цікавості до того, що цікавить дитину, не оцінюють здібності дитини. Для жінок II ЕГ отримали за шкалою «Кооперація»: у 18 жінок високі оцінки, у 12 жінок середні оцінки за цією шкалою і у 10 жінок низькі оцінки.

Таблиця 11.

Зведені результати за шкалою «Кооперація» за тестом опитувальником батьківського ставлення (ОРО), автори А.Я.Варга, В.В.Століна для жінок I ЕГ та II ЕГ

Показники	I ЕГ		II ЕГ		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей ($t_{\text{крит}}=1,992$, $f=76$ при $\alpha=0,05$)
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	
високі	13	34,2	18	45,0	35,36
середні	8	21,1	12	30,0	28,28
низькі	17	44,7	10	25,0	49,50
Всього	38	100	40	100	

За шкалою «Симбіоз» було отримано зведені результати, що представлені у таблиці 12 для жінок I ЕГ та II ЕГ. Як видно з таблиці 12, що за шкалою «Симбіоз» для жінок I ЕГ у 15 дітей жінок, середні бали, тобто дорослий встановлює деяку психологічну дистанцію між собою і дитиною. У 17 дітей, які брали участь у дослідженні, низькі бали, це означає, що дорослий встановлює значну психологічну дистанцію між собою і дитиною, мало про нього піклується. У 6 дітей маємо високі бали, тобто дорослий не встановлює психологічну дистанцію між собою і дитиною.

Таблиця 12.

Зведені результати за шкалою «Симбіоз» за тестом опитувальником батьківського ставлення (ОРО), автори А. Я. Варга, В. В. Століна, для жінок I ЕГ та II ЕГ

Показники	I ЕГ		II ЕГ		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей ($t_{\text{крит}}=1,992$, $f=76$ при $\alpha=0,05$)
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	
високі	6	15,8	9	22,5	21,21
середні	15	39,5	18	45,0	21,21
низькі	17	44,7	13	32,5	28,28
Всього	38	100	40	100	

За шкалою «Симбіоз», для жінок II ЕГ маємо такі результати: у 9 високі оцінки за цією шкалою, у 18 жінок середні оцінки, і у 13 жінок виявилися низькі оцінки.

За шкалою «Контроль» отримані результати занесли у таблицю 13.

Таблиця 13.

Зведені результати за шкалою «Контроль» за тестом опитувальником батьківського ставлення (ОРО), автори А.Я.Варга, В.В.Століна для жінок I ЕГ та II ЕГ

Показники	I ЕГ		II ЕГ		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей (t _{крит} =1,992, f=76 при α=0,05)
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	
високі	13	34,2	8	20,0	35,36
середні	17	44,7	26	65,0	63,64
низькі	8	21,1	6	15,0	14,14
Всього	38	100	40	100	

Для жінок I ЕГ за шкалою «Контроль»: у 17 жінок, які проходили тестування, середній бал за шкалою «Контроль». Тобто, дорослий поводить себе не занадто авторитарно по відношенню до дитини. У 13 жінок вийшли високі бали, тобто, дорослий поводить себе занадто авторитарно по відношенню до дитини. У 8 опитаних жінок, - низькі бали, це свідчить про те, що контроль над діями дитини з боку дорослого практично відсутній. Для жінок II ЕГ за шкалою «Контроль» результати такі: у 8 жінок високі оцінки, у 26 жінок маємо середні оцінки і у 6 жінок отримали низькі оцінки. За шкалою «Ставлення до невдач» також було отримано зведені результати, що були занесені у таблицю 14. Для жінок I ЕГ за шкалою «Ставлення до невдач»: високі бали були одержані у 15 жінок, тобто вони вважають дитину маленьким невдахою. У 11 жінок, які брали участь в опитуванні, були одержані середні бали, тобто дорослий оптимально ставиться до невдач дитини. У 12 жінок отримали низькі бали, тобто невдачі дитини мати вважає випадковими і вірить в неї.

Таблиця 14.

**Зведені результати за шкалою «Ставлення до невдач» за тестом
опитувальником батьківського ставлення (ОРО), автори А.Я.Варга,
В.В.Століна для жінок I ЕГ та II ЕГ**

Показники	I ЕГ		II ЕГ		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей ($t_{крит}=1,992$, $f=76$ при $\alpha=0,05$)
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	
високі	15	39,5	12	30,0	21,21
середні	11	28,7	19	47,5	56,57
низькі	12	31,6	9	22,5	21,21
Всього	38	100	40	100	

Для жінок I ЕГ за шкалою «Ставлення до невдач»: високі бали в 12 жінок. Середні бали в 19 жінок, низькі бали в 9 жінок.

Було проведено опитування задоволеності шлюбом (ОЗШ),- опитувальник, розроблений В.В.Століним, Т.Л.Романовою, Г.П.Бутенко. Зведені результати знаходяться у таблиці 15 для жінок I ЕГ та II ЕГ.

Таблиця 15.

**Зведені результати опитування задоволеності шлюбом
для жінок I ЕГ та II ЕГ**

Показники	I ЕГ		II ЕГ		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей ($t_{крит}=1,992$, $f=76$ при $\alpha=0,05$)
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	
Абсолютно неблагополучний	2	5,3	1	2,5	7,07
Неблагополучний	6	15,8	6	15,0	0,00
Швидше неблагополучний	4	10,5	7	17,5	21,21
Перехідний	3	7,9	7	17,5	28,28
Швидше благополучний	12	31,6	8	20,0	28,28
Благополучний	8	21	6	15,0	14,14
Абсолютно благополучний	3	7,9	5	12,5	14,14
Всього	38	100	40	100	

За тестом «Задоволеність шлюбом» для жінок I ЕГ маємо результати: у 2 жінок абсолютно неблагополучний шлюб. У 6 жінок отримали неблагополучний шлюб, у 4 жінок маємо швидше не благополучний шлюб. У 3 жінок перехідний шлюб, у 12 жінок швидше благополучний шлюб. У 8 жінок благополучний шлюб і у 3 жінок абсолютно благополучний шлюб.

За тестом «Задоволеність шлюбом» для жінок II ЕГ маємо результати: у однієї жінки абсолютно неблагополучний шлюб, у 6 жінок неблагополучний шлюб, у 7 жінок швидше неблагополучний шлюб. Перехідний шлюб у 7 жінок, у 8 жінок швидше благополучний шлюб. У 6 жінок швидше благополучний шлюб, у 5 жінок абсолютно благополучний.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Зрілі жінки, мабуть, частіше роблять правильні висновки з попередньої невдачі, тому вибирають для другого шлюбу адекватнішого партнера або поведуться розумніше й тактовніше. Жінка виступає як організатор свого життя. Індивідуальність життя полягає в здатності жінки організувати його за своїм бажанням, відповідно до своїх інтересів, прагнень, здібностей.

Жінка не повинна ігнорувати власну роль у виникненні конфлікту, цілком перекладаючи вину на чоловіка, як це було в колишньому шлюбі. Виправлення ситуації, що склалася, може вимагати застосування систематичної групової психотерапії.

Жінка має попередити потенційного нового чоловіка, що має дитину від попереднього шлюбу, не робити з цього таємницю. Життя з дитиною вимагає зміну всіх колишніх звичок для нового чоловіка, йому доведеться звикнути до того, що вже не буде такого особистого простору, як раніше.

Найскладніша ситуація виникає тоді, коли батько бере активну участь у житті дитини. Рідкісні випадки, коли два чоловіки - колишній чоловік і нинішній - уміють домовитися. Тому жінці доведеться взяти на себе роль посередника.

Потрібно допомогти новому чоловікові примиритися з тим, що рідний батько дитини допомагає її малюкові, будь то фінансові вкладення або

проведення часу з дитиною. У той же час їй варто дати зрозуміти колишньому чоловікові, що тепер її новий чоловік теж має право на прийняття рішень щодо нової сім'ї в цілому, тобто і щодо дитини теж.

Отже, жінка має бути стійкою, врівноваженою, емоційно зрілою особистістю, яка знає чого хоче від стосунків, від життя. Жінка повинна вміти аналізувати свою поведінку і вчасно звертатися за консультацією до психолога в разі необхідності. Інакше, дуже висока доля імовірності, що в новому шлюбі все піде по старому сценарію.

Список використаних джерел

1. Голод С. І. Стабільність сім'ї: соціологічний і демографічний аспекти / С. І. Голод.- Л.: Наука, 1984.- 156 с.
2. Ковальов С. В. Психологія сімейних стосунків / С. В. Ковальов.- М.: Педагогіка, 1987.- 208 с.
3. Обозова А. М. Подружня сумісність - фактор стійкості шлюбу / А. М. Обозова //Особистість в системі суспільних відносин.- Ч. 4.- М., 1983.-101 с.
4. Пейдж С. Подружнє життя: шлях до гармонії/С.Пейдж.- М.,1995.-206 с.
5. Роджерс К. Психологія подружніх стосунків / К. Роджерс.- М.:Ексмо. - 2002. – 288 с.
6. Столярчук О. А. Психологія сучасної сім'ї: навч.посібник / О. А. Столярчук. – Кременчук: ПП Щербатих О. В., 2015.– 136 с.
7. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності / Т М. Титаренко. – К.: Либідь, 2003. – 376 с.
8. Федоренко Р. П. Психологія сім'ї : навч. посіб. / Р. П. Федоренко; Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки. - Луцьк : Вежа-Друк, 2015. - 362 с.

References

1. Holod, S. I. (1984), *Stabil'nist' sim"yi: sotsiologichnyy i demohrafichnyy aspekty* [Stability of the Family: Sociological and Demographic Aspects], Nauka, L., Russia.

2. Koval'ov, S. V. (1987), *Psykholohiya simeynykh stosunkiv* [Psychology of Family Relations], Pedahohika, Moscow, Russia.
3. Obozova, A. M. (1983), "Marital compatibility - the factor of the stability of marriage", *Osobystist' v systemi suspil'nykh vidnosyn*, vol. 4., Moscow, Russia.
4. Peydzh, S. (1995), *Podruzhnye zhyttya: shlyakh do harmoniyi* [Married Life: The Way to Harmony], Moscow, Russia.
5. Rodzhers, K. (2002), *Psykholohiya podruzhnykh stosunkiv* [Psychology of marital relationships], Eksmo, Moscow, Russia.
6. Stolyarchuk, O. A. (2015), *Psykholohiya suchasnoyi sim"yi: navch.posibnyk* [Psychology of the modern family: teaching guide], PP Shcherbatykh O. V., Kremenchuk. Ukraine.
7. Tytarenko, T. M. (2003), *Zhyttyevyy svit osobystosti: u mezhakh i za mezhamy budennosti* [The life world of personality: within and beyond the ordinary], Lybid', Kyiv, Ukraine.
8. Fedorenko, R. P. (2015), *Psykholohiya sim"yi : navch. posib.* [Psychology of the family: educator. manual], Skhidnoyevrop. nats. un-t im. Lesi Ukrayinky, Vezha-Druk, Luts'k, Ukraine.