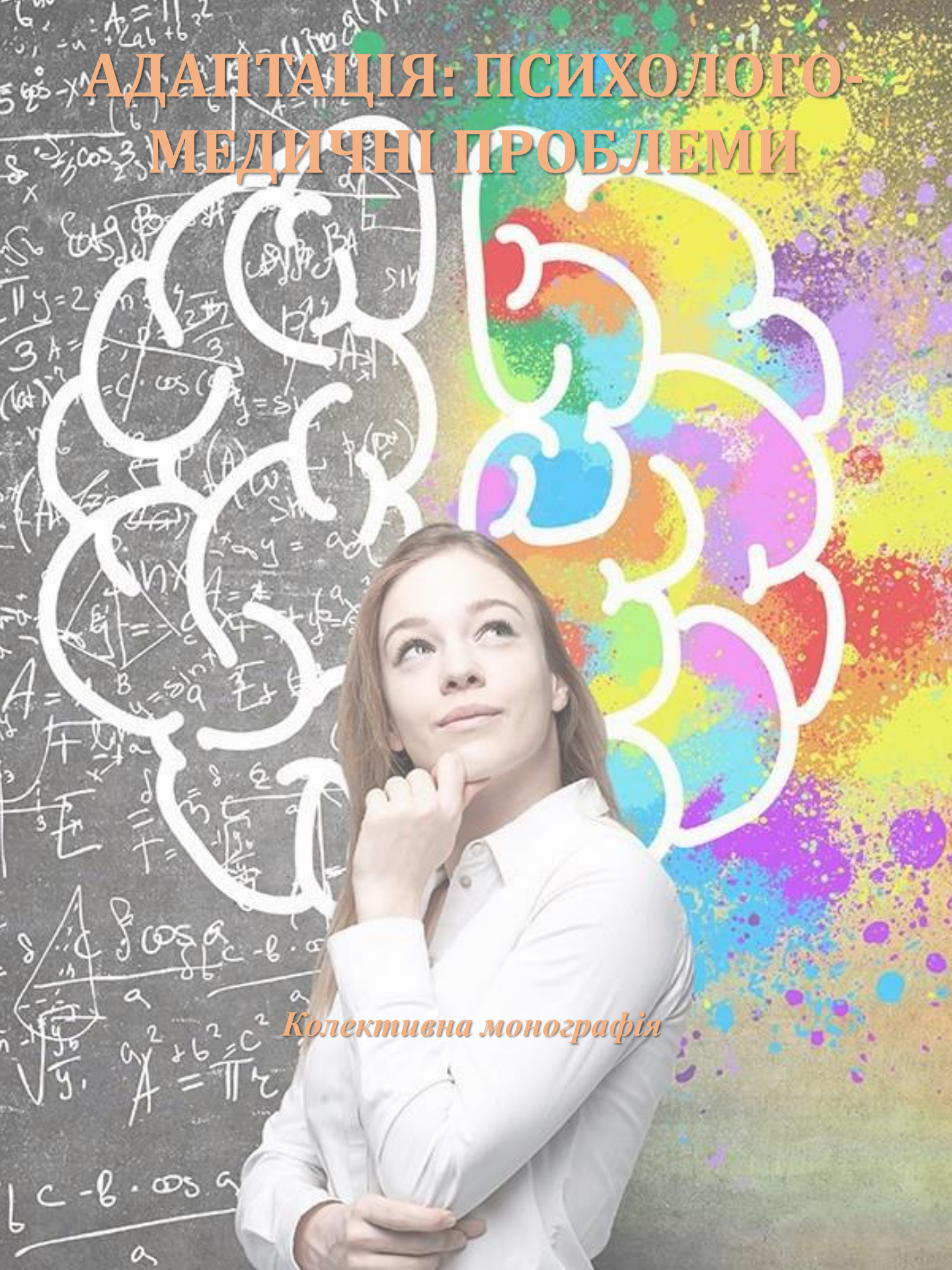


АДАПТАЦІЯ: ПСИХОЛОГО-МЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ

Колективна монографія





ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

**АДАПТАЦІЯ:
ПСИХОЛОГО-МЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ**

КОЛЕКТИВНА МОНОГРАФІЯ

За загальної редакцією
кандидата психологічних наук, доцента
Л. М. Пріснякової

Дніпро – 2022

УДК 159.93

А 28

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Вищого навчального приватного закладу «Дніпровський гуманітарний
університет» (протокол № 12 від 30 серпня 2022 р.)*

Рецензенти:

Гальцева Т. О. – доктор психологічних наук, доцент, завідувач кафедри психології Дніпровської академії неперервної освіти;

Волков Д. С. – кандидат психологічних наук, доцент, декан факультет психології та спеціальної освіти, доцент кафедри загальної психології та патопсихології Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара.

А 28 Адаптація: психолого-медичні проблеми : колект. монограф. ; за заг. ред. Л. М. Пріснякової. Дніпро : Дніпров. гум. ун-т, 2022. 275 с.

ISBN 978-966-981-697-9

Монографія присвячена аналізу загальних закономірностей та індивідуальних особливостей адаптованості особистості у зв'язку з дослідженням індивідуально-типологічних факторів цього явища.

Методологічною основою дослідження є філософські та психолого-педагогічні концепції про сутність, природу, функції та роль адаптації в життєдіяльності людини; концепції детермінації розвитку особистості діяльністю та спілкуванням, соціальної зумовленості інтелектуального, емоційного та вольового розвитку.

Монографія адресована практичним психологам, науково-педагогічним працівникам та здобувачам закладів вищої освіти, науковцям, які працюють у сфері консультування, психотерапії та психокорекції, реабілітації учасників бойових дій та внутрішньо переміщених осіб.

ISBN 978-966-981-697-9

© Колектив авторів
© ДГУ, 2022

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА.....	4
РОЗДІЛ 1. РЕСУРСНА СКЛАДОВА АДАПТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ.....	6
<i>Деркач Л. М.</i> Когнітивне моделювання самоконтролю вербальної поведінки осіб, хворих на COVID-19, у постковідному періоді.....	6
<i>Агарков О. А.</i> Адаптація студентів в умовах «екстренного онлайн навчання».....	44
<i>Гарець Н. О.</i> Особливості адаптації особистостей із різним рівнем самоспівчуття.....	70
<i>Сергієні О. В., Пріснякова Л. М., Пазій О. П.</i> Соціально-психологічні чинники формування синдрому емоційного вигорання.....	90
<i>Реуцький М. В.</i> Суїцидальна поведінка: історія вивчення питання, психоедукація та психопрофілактика, виклики та феномени сучасності.....	120
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНІ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ.....	138
<i>Спіріна І. Д.</i> Клініко-функціональна характеристика стану нервово-психічної сфери при ішемічній хворобі серця.....	138
<i>Сергієні О. В.</i> Сучасний стан проблеми психічного здоров'я: сутність та критерії визначення.....	190
<i>Спіріна І. Д., Коваленко Т. Ю., Фаузі Е. С.</i> Основи психогігієни. Основи психопрофілактики.....	216
РОЗДІЛ 3. МОДЕЛЮВАННЯ ПСИХОФІЗИОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ, ВПЛИВАЮЧИХ НА ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ.....	254
<i>Пріснякова Л. М.</i> Математичне моделювання адаптаційних процесів....	254

ПЕРЕДМОВА

Актуальність проблеми. Сучасний період, який переживає українське суспільство, характеризується зростаючим динамізмом суспільно-політичного життя, корінними соціально-економічними перетвореннями, значними соціокультурними трансформаціями. Хаотично і швидко відбуваються зміни в життєвих умовах, пред'являють підвищені вимоги до особистості, її внутрішнім ресурсам, перш за все, до адаптивності як здатності людини пристосовуватися до невизначених умов середовища і здійснювати ефективне функціонування в нових обставинах. Саме це і змусило актуальність дослідження адаптивності як психологічного феномена, який проявляється при взаємодії особистості із соціальним середовищем, і її чинників. Дослідження адаптивності особистості протікає в міждисциплінарному науковому просторі, про що свідчить інтерес до адаптивності особистості з боку філософії, соціології, культурології, історії, педагогіки, психології та психотерапії. У психологічній науці явище адаптивності розглядається в зв'язку з дослідженням проблема адаптації особистості в контексті:

загальної психології;

соціальної психології;

психології особистості;

психології праці;

психології розвитку;

педагогічної психології

Однак, незважаючи на актуальність проблеми і фундаментальне значення адаптивності як фактора розвитку особистості, збереження її фізичного і психічного здоров'я, слід зазначити дефіцит досліджень, спеціально спрямованих на вивчення адаптивності як інтегральної властивості особистості, зокрема, її природи, структури та особливостей прояву. Перспективність реалізації цього підходу пов'язана з можливостями вирішення теоретичних, таких практичних завдань, що визначаються необхідністю формування і розвитку стійкості особистості до психотравмуючих впливів середовища, попередження такої реакції дезадаптації особистості, прогнозування її поведінки і станів в невизначених умовах. Слід зазначити, що роботи, в яких в деякій мірі розглядаються індивідуальні особливості адаптивності, орієнтовані на аналіз її кількісних, зокрема рівневих, характеристик (низький, середній, високий рівень). Однак практично відсутні дослідження, в яких вивчалися б якісні особливості адаптивності, її різнорівневі показники, а також особливості прояву їх поєднань, комбінацій. Разом з тим саме такий напрямок наукового пошуку дає можливість досліджувати різноманіття індивідуальних відмінностей між людьми, які відображаються в психологічних властивостях адаптивності особистості та в характері її проявів. В контексті сказаного особливої актуальності набуває

дослідження тих індивідуально-типологічних чинників, які детермінують специфіку адаптивності особистості (якісно-кількісне поєднання показників). Пошук таких факторів, які можуть здійснювати констатуючий вплив на структуру адаптивності, тобто детермінувати утворення стійких симптомокомплексів її показників (типологічних ознак адаптивності), визначати індивідуальну специфіку її прояву, зумовив вибір в цій якості емоційності. Саме ці функціональні особливості емоційності дозволяють розглядати її якісні характеристики, які відображають сутнісні ознаки переживань суб'єкта, які індивідуально-типологічні чинники адаптивності особистості.

РОЗДІЛ 1. РЕСУРСНА СКЛАДОВА АДАПТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ

Деркач Л. М.

доктор психологічних наук, доцент

професор кафедри психології

ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет»

КОГНІТИВНЕ МОДЕЛЮВАННЯ САМОКОНТРОЛЮ ВЕРБАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСІБ, ХВОРИХ НА COVID-19, У ПОСТКОВІДНОМУ ПЕРІОДІ

Важливе місце в дослідженнях вітчизняних і зарубіжних когнітивних психологів і когнітивних лінгвістів останніх двадцяти років посідає проблема аналізу самоконтролю процесів породження мови у професійній вербальній комунікації з метою виявлення їх загальних та специфічних особливостей у професійному спілкуванні.

Відтворення алгоритмів їх функціонування, реконструкція складових, що забезпечують процеси мовно-психічних дій та операцій особистості, дозволяє визначити ступінь їх значущості, взаємовпливу та взаємозалежності у професійній мовленнєвій діяльності [1–6].

Вивчення самоконтролю вербальної поведінки особистості в період пандемії коронавірусної інфекції є актуальним і важливим, мало розробленим питанням, оскільки це є свідомо регуляція людиною своєї мовленнєвої поведінки та діяльності, що забезпечує відповідність їх результатів установленій меті, вимогам, нормам, правилам у професійній комунікації [1–4].

Тому виникає необхідність дослідити і проаналізувати, який відбиток залишає коронавірус на психічному здоров'ї людини, які пізнавальні процеси руйнуються, і які психологічні механізми дають збій в роботі інтегрованого механізму самоконтролю за мовленнєвою поведінкою особи.

Беззаперечним є той факт, що мовлення є провідником інформації [7]. Тому мовленнєвий механізм у схемі породження висловлювання [2; 3] в нормі і в стані ремісії після перенесеної хвороби на COVID-19 у сфері професійного спілкування – є предметом уваги широкого кола науковців, зокрема і когнітологів, когнітивних лінгвістів та психолінгвістів [10; 19; 20; 22; 28; 32–34; 36; 40; 41; 48; 50].

Конкретним практичним результатом дослідження психології самоконтролю вербальної поведінки у час пандемії на COVID-19, на нашу

думку, має стати Програма формування вмій та навичок самоконтролю мовленнєвої поведінки постковідних пацієнтів, яка базується на динамічній моделі самоконтролю з урахуванням його когнітивних механізмів, а також індивідуально-психологічних якостей особи.

У широкому значенні слова «самоконтроль» визначено у Психологічному словнику «як здатність людини до усвідомленої регуляції власної поведінки і діяльності з метою забезпечення відповідності їх результатів поставленим цілям, пред'явленим вимогам, нормам, правилам. У результаті самоконтролю здійснюється вибір допустимих і найбільш прийнятих форм реагування на обставини оточуючої дійсності. Важливим моментом самоконтролю виступає самообмеження: здатність людини відмовитися від непродуктивних і не схвалюваних суспільством, колективом дій, вчинків» [8].

В Енциклопедії освіти Академії педагогічних наук України визначення самоконтролю подається як «здатність контролювати свої емоції, думки і поведінку. Самоконтроль ґрунтується на волі – вищій психічній функції, що визначає здатність людини приймати рішення і втілювати їх у життя [9].

За усталеною у вітчизняній науковій психологічній літературі традицією ми використовуємо термін самоконтроль як системи в термінах системно-діяльнісного підходу. У зв'язку з цим систему навчання самоконтролю, аналізу його основних компонентів ми розглядаємо як систему формування ефективного самоконтролю у єдності його основних компонентів – когнітивних механізмів самоконтролю мовленнєвої діяльності, і як способу рішення когнітивних (ментальних) завдань.

У сучасному цифровому середовищі ефективність та продуктивність виконання робочих завдань значною мірою залежить від когнітивного функціонування, тобто розумових процесів залучених до обробки інформації, таких як: увага, робоча пам'ять, прийняття рішень, навчання [10, с. 1-54]. Ступінь їх розвитку та функціонування у професійній мовленнєвій діяльності фахівця забезпечується наявністю індивідуально-психологічних детермінант когнітивної продуктивності [7, с. 95], а також професійних компетенцій.

Різні підходи до дослідження моделювання самоконтролю вербальної поведінки осіб, що перехворіли на COVID-19, роблять акцент на різних умовах, детермінантах, складових самоконтролю. Це можуть бути когнітивні, нейропсихологічні, емоційні, психофізіологічні, ціннісні компоненти в функціонуванні механізму самоконтролю. І така його специфіка передбачає необхідність застосування системного методу дослідження.

В рамках даного розділу колективної монографії ми лімітуємо себе викладом аналізу формування теоретичної бази когнітивного моделювання самоконтролю вербальної поведінки фахівців-професіоналів (вікової категорії 50-70 років), які мають симптоми постковідного синдрому. Прояв когнітивних симптомів після захворювання через три і більше місяців (розлади у концентрації уваги, пам'яті, мовленнєвої діяльності) викликають першу емоційну реакцію – страх, паніку, стрес. Внаслідок, різке погіршення функціонування самоконтролю мовленнєвої діяльності у діловому спілкуванні, і, навіть часом неочікувані ускладнення (раптове запаморочення, нездатність професійно виконувати свої обов'язки).

Характерними є моделі поведінки трьох типів для перехворівших на симптоми постковідного синдрому, які порушують їх стиль життя та благополуччя. Перший тип – не звертають увагу на симптоматику, другий тип – звертається про допомогу до сімейного лікаря, і нарешті третій тип – звертається за допомогою до психологів, лікарів-психотерапевтів, когнітологів. Останній тип пацієнтів, перехворівших на COVID-19, несе власну відповідальність за стан свого здоров'я, розуміє і оцінюють свій стан як потребу в свідомому знанні і самоконтролі причин його погіршення, потребу в розумінні умов його виникнення, мотивацію в подоланні когнітивних ускладнень за допомогою спеціалістів, зокрема, у галузі когнітивної психології.

Наприкінці 50-60-х років минулого століття у світовій науці мав місце «революційний поворот» до нової парадигми знань – міждисциплінарному напрямку, орієнтованому на вивчення проблем придбання, зберігання та використання інформації людиною, тобто, сформувався новий науковий напрям – когнітивна психологія [11; 12–19; 22; 33–40; 43–45; 47; 52].

Поява когнітивної науки створила психолого-лінгвістичні умови для появи когнітивної лінгвістики [12–14; 16; 20; 21; 23; 24; 29; 46] та нового розуміння співвідношення мови та мислення. Суттєво змінилося бачення предмету дослідження в термінах когнітивної лінгвістики, як мовленнєвої діяльності.

Когнітивна лінгвістика посіла базове місце в новій парадигмі знань як наука про мову, що представляє її у якості когнітивного інструменту, відповідального за репрезентацію та трансформацію інформації про людську свідомість [20; 21; 25; 26; 37; 46]. Об'єктом когнітивної лінгвістики є *мова як механізм пізнання, і саме в мові фіксується досвід людства, його мислення; мова розглядається як пізнавальний механізм, система знаків, що специфічно кодує і трансформує інформацію* [22, с. 52].

Когнітивний напрямок у лінгвістиці був позитивно сприйнятий як вітчизняними, так і закордонними вченими. Перший симпозіум з когнітивної лінгвістики відбувся у 1989 році у м. Дуйсбург (Німеччина). Програма симпозіуму була присвячена актуальним, але мало розробленим проблемам, що репрезентували відповідь науковців на гострі запити суспільства в еру нагромадження інформаційних потоків, зокрема: процесам породження та розуміння мови; механізмам обробки інформації; когнітивним процедурам самоконтролю у різних видах вербальної поведінки (діяльності); методології та методам дослідження у когнітивній лінгвістиці тощо.

Ступінь розробленості наведеної вище проблематики у глобальній науці, де головним об'єктом уваги наукового дослідження є людина як особистість, має певні напрацювання та досягнення як у вітчизняній [14; 20; 21; 23–29], так й в зарубіжній парадигмі досліджень [1; 5; 6; 10; 15; 16; 18; 45; 56; 64; 65; 76].

У цьому контексті, однією із центральних тем, пов'язаних із новою парадигмою знань – є мова, мовлення та комунікація. Через мову людина пізнає оточуючий світ, дійсність усвідомлюється, пізнається, бо мова та комунікація є невідними компонентами усіх царин діяльності людини. Останні 10 років найбільш затребуваними науковими темами досліджень у когнітивній лінгвістиці, як відклик на запит суспільства, стали проблеми *мовної комунікації професіоналів у діловій сфері*. Іншими словами – професійна і непрофесійна (помилкова) комунікація професіоналів [25–29; 46]. Це, у першу чергу, стосується тих професій, де грамотна професійна комунікація є професійно-значущою якістю людини, а також головною та необхідною умовою компетентної професійної діяльності. За цими професіями мусять працювати професійні комунікатори (наприклад, викладачі, юристи, вчителі, психологи, соціологи тощо). До цієї групи людей ми відносимо фахівців, яким притаманне різноманіття схем (варіантів) фахової мовної поведінки, і які *свідомо відбирають варіанти мовної поведінки в залежності від психологічних характеристик партнерів комунікації та ситуації для досягнення поставлених цілей*.

Чому вербальна (мовленнєва) поведінка особистості-професіонала викликала велику кількість наукових публікацій в останні роки, як вітчизняних, так і закордонних когнітологів та когнітивних лінгвістів? [5; 6; 10; 15–17; 19; 22–29; 37–40; 45; 48; 67; 70; 72; 80].

На наш погляд, поясненням можуть слугувати відсутність як теоретичних, так і методологічних основ про:

- комунікацію як об'єкт міждисциплінарних досліджень у епоху диджиталізації;

- різноманітні підходи до вивчення комунікації та професійної комунікації в рамках різних наукових парадигм та наукових напрямів;
- мовленнєвий вплив у професійному спілкуванні; бар'єри та конфлікти у крос-культурному аспекті;
- вербальну нормативну поведінку та її когнітивне моделювання у професійній комунікації;
- міжособистісну комунікацію та моделі самоконтролю вербальної поведінки у різних видах діяльності.

Таким чином, наукове осмислення та розробка теоретико-методологічних основ вищеназваних актуальних, міждисциплінарних проблем когнітивної науки та когнітивної лінгвістики знаменує, з нашої точки зору, становлення та модернізацію трансформацій у системі професійної комунікації та самоконтролю і регуляції вербальної поведінки у сфері ділової комунікації.

У зв'язку з вищенаведеним велику теоретичну і практичну цінність становлять спроби розробки і впровадження методології дослідження когнітивного самоконтролю вербальної поведінки спеціалістів у постковідний період після перенесеної хвороби. Гостра потреба у *портативних засобах діагностики* роботи механізму пізнавального процесу особистості (уваги, пам'яті, мовлення, мислення, уяви, сприймання, відчуття, а також у реабілітаційних програмах відновлення психічних порушених процесів, внаслідок COVID-19 – є соціальним запитом суспільства у часи пандемії.

Ми вважаємо, що запозичення певних концепцій та методів когнітивних наук надає можливості науковцям здійснювати більш ефективніші дослідження вищеперерахованих когнітивних процесів, що мають місце у процесі професійної комунікації.

Крім того, самоконтроль фахівців над власними когнітивними процесами під час професійної комунікації призводить до їх вдосконалення, а також становлення професійного мислення.

Варто додати, що положення когнітивної науки в цілому [1; 5; 11; 15; 18; 22], когнітивної психології [11;15;18;22] та когнітивної лінгвістики [1–7; 12–14; 20; 21; 24–29] є тим теоретично-методологічним підґрунтям, на базі якого продовжуються дослідження процесу самоконтролю вербальної поведінки професіоналів, людей різних вікових категорій у наш час [11; 18; 28; 37–40; 45; 48; 49; 65; 71; 73–76; 80].

Теоретичний інтерес до проблеми як українських сучасних вітчизняних науковців, так й представників світової наукової спільноти, підсилює потреба удосконалити практику (дійсно заслуговує на належну увагу та потребує ретельного вивчення).

Як ми вже зазначали вище, проблема самоконтролю вербальної поведінки хворих на COVID-19 у період ремісії є особливо актуальною для професійного середовища «людина – людина».

Ритм життєвих процесів та інформаційний потік новин розширюють інформаційний простір особистості, який передбачає чітку структурованість ментальних (когнітивних) категорій для адекватної обробки інформації.

У зв'язку з цим перед когнітивною психологією сьогодення постає низка наукових завдань, з яких одним із стратегічних є дослідження феномену «самоконтролю вербальної поведінки» та особливостей його моделювання у системі професійної підготовки фахівців гуманітарного профілю у постковідний період. За умови пандемії, починаючи з 20 квітня 2020 року та кардинальних змін у сучасному суспільстві, самоконтроль вербальної поведінки фахівців, що хворіли на COVID-19, є чуттєво низьким у перші три місяці після захворювання в залежності від тяжкості перенесеного захворювання. Спеціалісти відчують суттєві зміни у формах та змісті комунікації під час будь-яких професійно значущих видів діяльності. Професійну комунікацію супроводжують паузи хезитації, труднощі у відборі адекватних лексичних одиниць, уповільнена швидкість мовлення та обробки ділової інформації, проблеми у формулюванні речення або висловлювання, а також емоційно-вольові труднощі тощо [42; 48–51; 65]. Іншими словами, мовна здатність, як сукупність особливостей особистості, що забезпечує успішність оволодіння мовленнєвою діяльністю, ушкоджується внаслідок вірусної хвороби. Як наслідок, суттєво впливає на когнітивні процеси: концентрацію уваги, мимовільну пам'ять, мовлення, впливає також на раціональне мислення, породжує страх, тривожність, панічні атаки.

Суспільні трансформації у зв'язку з COVID-19 у період складного та непередбачуваного розвитку подій, спричинених мутацією вірусу, а також вплив оточуючого середовища зумовлюють мовленнєву поведінку, характер спілкування та професійної діяльності фахівців.

Тривожність, як одне із домінуючих ускладнень коронавірусної хвороби, руйнує мислення. За висновками лікарів, мислення – дуже руйнівне. Здавалося б, людина одужала від вірусу й не потребує медикаментозного лікування, але дуже часто у таких пацієнтів порушується увага. Вони стають розсіяними, не можуть сконцентруватися на певній роботі.

Слабо контрольовані емоційно-вольові процеси, підвищене емоційне сприймання негативних проявів ускладнень з боку когнітивної сфери після перенесеної хвороби свідчать про низький рівень самоконтролю та регуляції прояву власних емоційно-вольових процесів. Тому існує

нагальна потреба розвитку потенціалу самоконтролю вербальної поведінки людини задля її адекватної та ефективної соціалізації та гармонізації психологічного здоров'я.

Актуальність проблеми дослідження зумовлена також і тим, що свідома комунікативна поведінка є однією з головних складових успіху людини та її життєдіяльності. На думку Ф. Бацевича, комунікація один із найважливіших виявів соціальної інтеракції, безперервної взаємодії людей у суспільстві, в межах якої формуються, вдосконалюються, втілюються всі типи і форми поведінки людей [24, с. 108-119].

Отже, формування теоретичних та методологічних засад комунікативної поведінки як компоненту самоконтролю та компоненту національної поведінки особистості у постковідний період є вельми актуальною та не остаточно вирішеною проблемою, якій бракує наукового підґрунтя у когнітивній психології та когнітивній лінгвістиці до цього часу.

Як наслідок, постковідний період породжує надзвичайно складну і до сього часу не вирішену проблему у досліджуваній сфері – проблему адекватної, безконфліктної, комунікативної поведінки індивідів для взаєморозуміння та гармонії міжособистісних стосунків у суспільстві. При цьому категорії комунікативної поведінки тісно пов'язані не тільки із мовною свідомістю, але й є специфічною формою діяльності, в якій відбиваються особливості спілкування та поведінки [23–29; 73]. Зазначене підсилює стан пізнання когнітивного досвіду переживання пандемії COVID-19 уразливої, але професіональної категорії населення (літніх людей від 50 до 70 років) в умовах коронавірусної інфекції [9; 42; 45; 50; 51; 73].

Додаткова невизначеність у даному питанні виникає внаслідок складностей, пов'язаних із наданням *індивідуальних* реабілітаційних засобів (програм) індивідам у постковідній фазі у режимі оффлайн.

Однією із можливих альтернатив для подолання проблемної ситуації, на наш погляд, може слугувати індивідуальна реабілітаційна тренувальна програма в режимі онлайн, яка змодельована з урахуванням:

а) індивідуального профілю асиметрії півкуль головного мозку хворого, його домінантної півкулі у процесі обробки вербальної інформації;

б) індивідуального, актуального на час реабілітації, когнітивного профілю індивіда, що перехворів на COVID-19;

в) ступеня тяжкості перенесеного захворювання;

г) термін наявності когнітивних симптомів постковідного синдрому, у якій фазі захворювання з'явилися (у час хвороби, зразу після неї, або через 3 і більше місяців як ускладнення);

д) використання процедури асоціативного експерименту (детермінований та вільний) як портативної, коректної процедури для діагностики рівня сформованості самоконтролю, розвитку пізнавальних процесів: обсягу короткотривалої пам'яті, мови, уваги.

Відтак, *мета* нашого дослідження – формування теоретичної бази когнітивного моделювання самоконтролю професійної вербальної поведінки у постковідний період осіб похилого віку (50-70 років), з середньою тяжкістю перенесеного COVID-19 імунного захворювання, а також окреслення шляхів та перспектив їх подолання за умови використання індивідуальної реабілітаційної програми (білатеральних ментальних вправ).

Враховуючи зазначене, *об'єктом* нашого дослідження є міжособистісне спілкування фахівців у діловій сфері у період ремісії після одужання на COVID-19. Складність і багатосторонній характер даного об'єкту обумовлює необхідність виділення предмету дослідження, який ми лімітуємо аналізом когнітивних процедур самоконтролю, що активізуються у мисленнєвому просторі спеціаліста-комунікатора. *Предметом* дослідження є когнітивне моделювання самоконтролю вербальної поведінки особистостей, що перехворіли на COVID-19 у процесі професійної комунікації.

У зв'язку з цим для досягнення мети дослідження необхідно вирішити наступні *завдання*: 1) вивчити стан розробленості проблеми формування шляхів моделювання когнітивного самоконтролю вербальної поведінки у професійному міжособистісному спілкуванні у постковідний період; 2) висвітлити специфіку існуючих підходів до окресленої проблеми та сформулювати теоретичне підґрунтя дослідження когнітивного моделювання самоконтролю вербальної поведінки, зокрема, професійних фахівців – особистостей похилого віку (50-70 років) у постковідний період; 3) визначити комплекс методів дослідження та роль асоціативного експерименту як портативної коректної процедури для діагностики рівня сформованості самоконтролю та обсягу вербальної пам'яті у досліджуваних, що перехворіли на COVID-19; 4) з'ясувати та проаналізувати ефективність діяльності інтегрованого механізму самоконтролю вербальної поведінки, ступень ушкодженості його когнітивних аспектів, пов'язаних з діловим спілкуванням, набір та характер мисленневих процедур, пов'язаних із самоконтролем мовного професійного спілкування; стратегії ефективного когнітивного самоконтролю вербальної поведінки фахівців, що мають когнітивні симптоми постковідного синдрому; 5) розробити індивідуалізовану реабілітаційну систему ментальних вправ (усних та писемних) для корекції діяльності інтегрованого механізму когнітивного самоконтролю

вербальної поведінки постковідних пацієнтів з урахуванням ступеню ушкодженості його складових механізмів внаслідок перенесеного захворювання; б) апробувати когнітивні, психолінгвістичні та нейропсихологічні заходи (вправи) для право- та ліво-півкульних досліджуваних з метою подолання симптомів постковідного синдрому.

Вирішення зазначених завдань можливо завдяки використанню наступних *методів* дослідження: класичний асоціативний експеримент Кента–Розанова (детермінований та вільний, модифікація Деркач Л.М., 1994 [70]) як портативна процедура діагностики рівня сформованості навичок самоконтролю у вербальній поведінці; Hemispheric Dominance Inventory для виявлення профілю асиметрії півкуль головного мозку у процесі переробки вербальної інформації; діагностика мимовільної уваги, обсягу короткочасової та довготривалої пам'яті; онлайн анкетування; методика професійної комунікативної толерантності В. В. Бойко; Simon Test для діагностики рівню сформованості когнітивного самоконтролю.

У цьому дослідженні прийняли участь 96 осіб віком від 50 до 70 років, середній вік складає 56 років, 66 жінок та 30 чоловіків, україномовних – фахівців у сфері діяльності бізнес-структур, викладачі, вихователі, вчителі, сімейні лікарі, адвокати.

Загальна методологія має за основу поділ на 3 блоки всього спектру досліджуваних питань, зокрема:

Перший блок зумовила потреба виробити автором власне бачення концептуальних понять та їх взаємозв'язку у міжособистій професійній комунікації досліджуваних, для яких рівні самоконтролю вербальної поведінки суттєво знизилися внаслідок хвороби (середня тяжкість) у постковідний період.

Другий блок зумовила потреба підтвердити теоретичні висновки, зроблені за наслідками першого блоку, і здійснити когнітивне моделювання самоконтролю вербальної поведінки за виявленими індивідуальними показниками досліджуваних.

Третій блок зумовила потреба окреслити умови та виробити рекомендації з оптимізації дії самоконтролю вербальної поведінки у діловому спілкуванні після захворювання на COVID-19 за допомогою індивідуалізованої системи ментальних вправ.

Загалом, методологічну базу дослідження складають загальнотеоретичні положення:

1) когнітивної психології про еволюційну теорію пізнання (К. Лоренц, Д. Кемпбелл); когнітивне моделювання як основний принцип сучасної когнітивної науки та поняття наукового методу (С. Д. Максименко, І. Д. Пасічник); моделі пізнавального процесу, форми пізнання та його компоненти (Г. В. Андрейченко, В. Д. Грачев); власні

пізнавальні процеси як ступені пізнання (І. Є. Високов); інформаційні процеси як мікроопераціональні когнітивні факти, пов'язані з оперативною обробкою поточної інформації (М. А. Холодна, Л. М. Деркач та ін).

2) когнітивної лінгвістики: поняття про концепт, його статус як оперативної одиниці мислення (Е. С. Кубрякова, І. М. Стернін, В. М. Бухаров); аспекти вербалізації концепта (З. Д. Попова, Ю. С. Степанов).

3) психолінгвістики про моделі мовного акту, невербальну природу мислення (Т. В. Ахутіна); роль універсального предметного коду у мовленнєвій діяльності (М. І. Жинкін, О. О. Залевська, Н. В. Уфимцева); національно-культурна специфіка вербальної та невербальної поведінки (Е. Ф. Тарасов); способи репрезентації пізнаного у процесі комунікації за допомогою контрфактуального мислення (Н. Резе, С. Г. Виноградова) та логічних операцій (D. K. Lewis); роль та значення асоціативного експерименту (детермінований та вільний) як засобу виявлення ментальних структур (Е. Н. Гуц, Н. В. Сахарний).

Міжособистісна професіона комунікація та вербальна поведінка фахівців-комунікаторів у постковідну еру

Як загальновідомо, комунікація та мова є невід'ємними складовими будь-якої діяльності, в тому числі вербальної. За висловом А. Франса, «Немає магії сильнішої, від магії слова». Стан розробленості проблеми формування шляхів самоконтролю вербальної поведінки у професійному міжособистісному спілкуванні у період пандемії за наявності когнітивних проявів постковідного синдрому, на нашу думку, є початковим і перспективним напрямом наукового пошуку.

Незважаючи на інтенсивне зростання робіт, присвячених дослідженню феномену, що вивчається, залишаються не окресленими специфіка самоконтролю вербальної поведінки досліджуваних різних вікових категорій, комплекс методів діагностики рівнів самоконтролю у постковідний період. До того ж не з'ясовані індивідуальний набір та характер мисленнєвих процедур, пов'язаних із самоконтролем мовного професійного спілкування за наявності розладів у когнітивній сфері.

Процеси інтеграції та диференціації, ринкові відносини, конкурентоспроможність країн, що притаманні сучасному світові, проблеми формування компетенцій у професійній діяльності професіоналів-комунікаторів викликали сплеск та увагу науковців до мовної вербальної поведінки партнерів у міжособистісному спілкуванні. Багатоаспектний характер ділового спілкування вивчають різні наукові дисципліни психологічного спрямування: психологія труда, соціальна

педагогіка, психологія управління, психологія менеджменту та інші. Але об'єднує перераховані напрямки психологічних напрямків, з нашої позиції, потреба досліджувати моделі професійної вербальної поведінки на основі актуального в наші дні антропоцентричного підходу.

Згідно підходу, об'єктом уваги в психологічних дослідженнях має бути людина як особистість, як індивідуальність. Ідея набуває нового змісту в інтерпретації Франселла, Банністер [17]. Погоджуючись із необхідністю посилення пошукових зусиль у вирішенні проблем, він стверджує: «Современный человек не терпит обезличенности и уравниловки, он включается в общественный процесс не просто в силу необходимости, а сознательно. Такой человек требует и особого, бережного отношения к себе, индивидуального, в прямом и полном смысле этого слова, подхода» [17, с.5].

Слід відзначити актуальність цієї думки для подальших перспектив наукового пошуку, адже:

по-перше: важливе місце в наукових працях когнітологів, когнітивних лінгвістів, а особливо психолінгвістів посідає проблематика пов'язана з аналізом процесів самоконтролю породження мови індивідом. Результатом є відтворення алгоритмів їх протікання, реконструкція психолінгвістичних механізмів, які були ушкоджені у процесі вербальної діяльності, що є також актуальним і цінним напрацюванням для цілей нашої лонгитюдної роботи;

по-друге, когнітивні проблеми вербальної поведінки в професійному або непрофесійному спілкуванні є зонами підвищеної мовної відповідальності фахівців-комунікаторів;

по-третє, вміння професійно спілкуватися, адекватно використовувати різні варіанти вербальної поведінки згідно комунікативної ситуації, свідомо робити вибір варіанту вербальної поведінки в залежності від психологічних характеристик партнера у спілкуванні є демонстрацією високого рівню когнітивного процесу самоконтролю у вербальній поведінці, вербального досвіду, блоку компетенцій професіонала.

На підставі наведеного зазначимо:

1. Усвідомлення мови, вербальної поведінки індивідів у якості культурного феномену є не тільки вельми суттєвим показником ефективності професійних вербальних комунікацій, але й показником розвитку та становлення суспільства.

2. Свідоме управління професійним спілкуванням та прогнозування позитивних наслідків діалогу (полілогу) є також відображенням у комунікативних професіях рівню компетентності та професіоналізму не

тільки одного спеціаліста, але й команди в цілому, як професійно-значуща якість.

3. Завдяки результативній міжособистісній вербальній комунікації забезпечується конкурентна перевага.

Так, аналіз вітчизняної та зарубіжної психологічної літератури засвідчує наявність досліджень, присвячених з'ясуванню психологічної сутності самоконтролю в трьох напрямках аналізу. Науковці першого напрямку ототожнюють самоконтроль із саморегуляцією [34; 45]; другий напрямок вивчення будь-яких реакцій людини, орієнтований на зміну її поведінки [10; 36; 66; 72], і третій акцентує увагу на тотожності вольових процесів і самоконтролю [38].

Когнітивні ушкодження самоконтролю вербальної поведінки та характер їх прояву у постковідний період

Існування динамічної смислової системи, яка є досягненням Л.С.Виготського [45], являє собою єдність інтелектуальних та вольових процесів. При цьому автор наполегливо наголошував на тому, що відрив інтелектуального аспекту людської свідомості від її вольової, афективної сторони є одним із суттєвих недоліків усієї традиційної психології.

Отже, єдність афекту та інтелекту, свідчить про пряму залежність та взаємозумовленість поведінкових, когнітивних та емоційних процесів, які лежать в основі вербального самоконтролю особистості. Порухені когнітивні процеси самоконтролю вербальної поведінки особистості супроводжуються емоційними та поведінковими проблемами, розладами як під час, так й після хвороби. В той же час імпульсивність, емоційна нестабільність, невірноваженість порушує рівень функціонування когнітивних механізмів та процесів, інтегративного механізму самоконтролю вербальної поведінки.

Оригінально питання методології дослідження самоконтролю у *поведінковій економіці* постає у роботі Р. Талера [28]. Для вирішення завдань нашого дослідження додають міркування автора про дві системи мислення, що регулюють самоконтроль. Зокрема, «Це автоматична когнітивна система, що характеризується як неконтрольована, асоціативна, швидка, несвідома, винахідлива, а також аналітична когнітивна система, що характеризується як контрольована, дедуктивна, повільна, свідомо, що працює за правилами» [28, с. 134]. При цьому, «методологічно Р. Талер виходить із досліджень у сфері когнітивної психології, відповідно до яких функціонування нашого мозку визначається діяльністю двох систем: інтуїтивної та раціональної, або у термінології Р. Талера, автоматичної та аналітичної» [28, с. 134]. Іншими

словами, автоматична система – це інстинктивна реакція, а аналітична – свідоме мислення [28, с. 135].

Тоді, ймовірно, індивідуально-психологічні детермінанти когнітивної продуктивності досліджуваного також регулюються двома системами мислення, що регулюють самоконтроль мовної поведінки, зокрема: *когнітивну швидкість* (агресивність) мовлення і *когнітивну результативність* (самоконтроль та лабільність нервової системи, ригідність), *когнітивної продуктивності* (самоконтроль та лабільність нервової системи).

Зрозуміло, що міжпівкульна асиметрія головного мозку, властивості нервової системи, темперамент та копінг-стратегії репрезентують індивідуально-психологічні детермінанти ефективної (неефективної) когнітивної діяльності, як її інтегральний показник до і після захворювання. Крім того, надають дослідникам додаткову діагностичну інформацію стосовно домінуючої півкулі головного мозку у процесі обробки інформації.

Нагадаємо, що в даній роботі розгляд когнітивного самоконтролю вербальної поведінки фахівців, як системного явища, дозволив уточнити, які постковідні ускладнення суттєво впливають на психологічний стан людини, моделі самоконтролю її вербальної поведінки, актуалізацію професійних навичок ділового спілкування, її процес ре-адаптації до професійного середовища, до нових умов взаємостосунків після перенесеної хвороби. Учені європейських країн, США, Китаю, Індії, Аргентини та інших країн ґрунтовно проаналізували і визначили, що психологічний розвиток особистості будь-якої вікової категорії уповільнюється в аспектах фізичного, когнітивного, лінгвістичного, моторного, соціального та морального зростання [45; 48–51] як наслідок отриманого ковідного досвіду та адаптаційного стресу протягом від 3 до 12 місяців.

Як свідчать висновки 7 Конгресу Європейської Академії неврології [19], а також клінічного нейропсихолога Джакліна Бекерта та професора Массіма Філіппа, особливо гостро ця проблема постає у тому випадку, коли мова йдеться про *віддалені наслідки постковідних когнітивних ускладнень* у особистостей до 50 років з тяжким ступенем протікання ковідної хвороби. Когнітологи та неврологи висвітлили найбільш тяжкі когнітивні та поведінкові, у тому числі, мовні розлади у даної пограничної когорти досліджуваних, які з часом поповнять групу людей літнього віку.

Так, під керівництвом професора Філіппі італійські дослідники, використовуючи процедуру МРТ мозку, визначили, що через 2 місяці після одужання, 16 % індивідів мали симптоми депресії, 18 % – пост-

травматичного синдрому, 30 % – проблеми з увагою, а 25 % – довготривалі проблеми з вербальною та невербальною пам'яттю.

Таким чином, наведені дані про пограничну групу хворих (до 50 років) свідчать про те, що корона вірусна інфекція ушкоджує мозок, нервову та дихальну систему хворих, призводить до найскладніших когнітивних, поведінкових та неврологічних ускладнень. Крім того, за висновками Бекер [46], постковідні симптоми можуть тривати декілька місяців, і рання діагностика когнітивних та поведінкових розладів пацієнта, може бути нагодою уникнути підвищеного ризику захворювань мозку, а також здійснити ефективну когнітивну реабілітацію вчасно.

Авторка наполягає на тому, що така стратегія дозволить подолати постковідних ускладнень, зберегти творчий та лідерський потенціал фахівців, менеджерів, спеціалістів-комунікаторів задля ефективної професійної діяльності.

Як констатують вищезазначені вчені, мало що відомо про інтенсивність та терміни прояву цих симптомів у складі постковідного синдрому, особливо у випадках, коли людина не звертає уваги на суттєві, рушійні зміни в діяльності наявного рівня функціонування своїх вищих психічних функцій.

Як можливий прогнозований, загрозливий наслідок невтручання в процеси ремісії постковідного пацієнта, існує загроза довготривалих когнітивних ускладнень, нейрон-дегенеративні розлади (наприклад, хвороба Альцгеймера). Дослідниця фокусує увагу на необхідності постійного скринінгу стану здоров'я, наявності лікувальних та реабілітаційних програм з метою мінімізації когнітивних ускладнень у майбутньому.

При цьому, огляди зарубіжних [31–33; 36] та вітчизняних робіт [31; 48; 49; 73] з аналізу постковідних когнітивних ускладнень, їх термінів прояву, динаміки та тривалості протікання свідчать про неможливість дати постковідному синдрому однозначну дефініцію, звести до якоїсь узагальненої характеристики. З цього приводу, нижче ми будемо у даній роботі виходити із визначення постковідного синдрому, який було надано 6 жовтня 2021 року Всесвітньою організацією охорони здоров'я (далі – ВООЗ) [50].

Загальноприйнятим є визначення постковідного синдрому як наслідку коронавірусної інфекції COVID-19, імунного захворювання, за яким до 20 % людей, що перенесли коронавірусну інфекцію, страждають від довгострокових симптомів, які тривають протягом 12 тижнів і навіть більше.

До цих довгострокових симптомів відносять проблеми, що виникають або хвилеподібно або на постійній основі, зокрема:

паралізуюча слабкість; нестерпний головний біль, запаморочення, «туман у голові»; нежіть; суставний біль та біль у м'язах; апатія; задишка, біль у грудях; панічні атаки, страх, тривожність, втрата пам'яті на слова; страх смерті; безсоння, дратівливість, стрес; різкі зміни та скачки у температурі тіла.

Згідно першого офіційного визначення постковідного синдрому ВООЗ: «Постковідний стан зустрічається у пацієнтів, які перенесли інфекцію Sars-CoV-2. Симптоми цього стану зазвичай тримаються близько трьох місяців з початку захворювання на COVID-19 і не можуть бути пояснені іншими діагнозами. Серед симптомів синдрому відзначають: підвищену втомлюваність; нестачу дихання; когнітивні розлади; деякі інші симптоми, які заважають повсякденному функціонуванню.

Симптоми постковідного синдрому можуть виникнути після одужання від коронавірусу, або ж під час хвороби. Час від часу вони можуть посилюватися [50, с. 1-3].

Отже, аналіз проявів постковідного синдрому та когнітивних ускладнень досліджуваних з середньою тяжкістю перенесеного COVID-19 імунного захворювання, і окреслення індивідуальних шляхів їх подолання за умови використання індивідуалізованої системи бі-латеральних ментальних вправ, на нашу позицію, створює позитивні умови для мотивованого на досягнення успіху процесу реабілітації.

Методологічні основи самоконтролю

Загальновідомо, що предметом спеціального вивчення психології самоконтролю було вперше започатковано З. Фройдом, який визначав феномен як інстинкт, що забезпечує збереження «Я». Домінуючим фактором, за Фрейдом, є розвиток «Я», яке автоматично веде до розвитку самоконтролю [31].

Далі в хронології дослідження самоконтролю у зарубіжній психології можливо виділити біхевіористський напрямок. В термінах цієї концепції самоконтроль трактується як інтуїтивна поведінка, яка пов'язана із індивідуальним досвідом підкріплення особистості.

Наступним етапом наукових пошуків стали ідеї неофрейдизму К. Хорні та Є. Фромма, Г. Саллівана про здатність до самоконтролю як вроджену якість, що є незалежною від зовнішнього середовища [32].

Таким чином, якщо у Фройда дослідження самоконтролю мали глобальний, не диференційований характер, то, навпаки, з плином часу психологи фокусували увагу на його психологічних ланках в різноманітних взаємозв'язках.

Так, інтенсивно й глибинне почалося вивчення процесуальних моментів самоконтролю К. Blankstein [33], К. Wentzel [34]; його структурних компонентів W. Horn [35] етапів та рівній формування I. Goldiamond [36] потребово-мотиваційної сфери [43]; емоційно-вольових аспектів проблеми [44].

Отже, підсумовуючи здобутки дослідників феномену самоконтролю у зарубіжній психології 80-90-х років ХХ століття, варто зазначити, що доскональне теоретико-емпіричне вивчення психології самоконтролю надало можливість розширити межі предмету дослідження та задовольнити потребу суспільства в розвитку програм соціальної психології.

У наші часи однією із ґрунтовних робіт, присвячених проблематиці самоконтролю, ми вважаємо, є робота Скотта Янга [37], в якій відображено сучасні погляди на проблему психології самоконтролю.

У більшості вітчизняних психологічних досліджень, присвячених аналізу психології самоконтролю [60–71], вивчалася специфіка його прояву у різних видах навчальної, спортивної, ігрової та трудової діяльності. Характерною особливістю наукових досліджень кінця ХХ – початку ХХІ століття, на наш погляд, є розробка низки проблем, пов'язаних із дослідженням вербальної поведінки досліджуваних за умови вивчення нерідної мови [2; 3; 70; 71; 75].

Однак вивчення специфіки когнітивного самоконтролю вербальної поведінки людей, що перехворіли на COVID-19, аналіз когнітивних розладів особистостей за умови професійного спілкування у діловій сфері є малодослідженою, але вельми актуальною проблемою когнітивної психології.

В психологічній проблематиці самоконтролю вербальної поведінки особистостей, які отримали постковідний досвід, і адаптації до стресу, спричиненого вірусною інфекцією, бракує міждисциплінарних досліджень когнітивного самоконтролю (наприклад, когнітології, когнітивної лінгвістики та нейропсихології), орієнтованих на принципи антропологічного підходу в дослідженні. Базуючись на його головних методологічних та теоретичних принципах реалізації, як ми вважаємо, можливе теоретичне обґрунтування психології когнітивного постковідного самоконтролю під час мовної комунікації.

Крім того, надати аналіз проявів симптомів постковідного синдрому у пізнавальній сфері, визначити його вплив на рівень актуального функціонування когнітивного самоконтролю мовної поведінки фахівців-комунікаторів, окреслити шляхи та перспективи їх подолання є нагальними напрямками даного міждисциплінарного дослідження.

Виходячи із цілей та завдань нашого дослідження, здійснимо спробу визначити основні концептуальні поняття та виокремити вихідні положення нашої роботи.

У психологічних контекстах «самоконтроль» як система найчастіше трактується в системі психологічних категорій як діяльність. Це означає, що метою самоконтролю як діяльності треба вважати такий рівень навченості самоконтролю, за яким доведення дій до рівня свідомих за генезою до (тобто, за механізмом) формування навичок та вмінь, найбільш ефективно здійснюється за умови їх поетапної інтеріоризації на основі мимовільної пам'яті.

У психології самоконтролю інтеріоризація означає трансформацію предметної діяльності зовнішнього контролю в структуру внутрішнього плану свідомості. Іншими словами, дії зовнішнього контролю в матеріалізованій та гучномовній формі трансформуються в розумові дії, які є згорнутими та автоматизованими [2; 7; 9; 30; 43; 52; 56; 58; 60; 79].

І це положення є важливим з точки зору теоретико-методологічного надбання психології самоконтролю, оскільки дозволило з'ясувати структуру інтегрованого механізму самоконтролю в освітній діяльності різних вікових груп [65].

Зауважимо, що ефективність критеріїв існування психологічної системи може бути надана у вигляді *моделі* кінцевих результатів. У зв'язку з цим ми базуємося на наших попередніх та апробованих результатах дослідження [22; 70; 73] та інших, в яких розроблена модель інтегрованого, психологічного механізму самоконтролю у сукупності його основних ланок, і де реалізується основна вимога, що висувається до моделі, її відтворюваність.

Отже, ми вважаємо, що знання про структурні компоненти інтегрованого механізму самоконтролю вербальної поведінки фахівців-комунікаторів у нормі, дозволило нам встановити, які компоненти когнітивного самоконтролю і самоконтролю вербальної поведінки, і у якій мірі вони були ушкоджені під час ковідної хвороби.

Зазначимо, що у науковій літературі не встановлено єдиного визначення поняття «самоконтроль» та «когнітивний самоконтроль» до цього часу.

Так, Крістіан Джаретт [38] стверджує, що самоконтроль та когнітивний контроль не є тотожними поняттями. Грунтовна аргументація автора розбіжностей у значенні двох понять дозволила виявити структуру складових компонентів когнітивного механізму самоконтролю, який базується на трьохвиконавчих функціях: переключення з одного виду завдання до іншого, робоча пам'ять та гальмування.

Стефан Щербаум з колегами [39] дійшли висновку, що когнітивний контроль та самоконтроль – мають зовсім різні механізми функціонування у процесі будь-якої діяльності. Так, когнітивний самоконтроль є присутнім у процесах контролю уваги та самоконтролю. Ці закономірності, на думку авторів, свідчать про їх специфіку обробки інформації мозком.

Ми погоджуємося з наведеною трактовкою розбіжностей понять когнітивного контролю та самоконтролю, і додамо, що «специфіка обробки інформації» з урахуванням міжпівкульної асиметрії півкуль головного мозку (домінантною лівою або правою гемісферою, або при безпосередній участі обох - амбідекстрія), деталізує пошуки ймовірних уражених зон головного мозку, їх механізмів у процесі вербальної поведінки [16; 75; 81].

Як ми вже зазначали, у когнітивній літературі з окресленої вище проблеми бракує досліджень, які б у повному обсязі, методологічно чітко розкривали поняття когнітивного самоконтролю. Але, з нашого погляду, заслуговують на увагу спроби окремих дослідників змоделювати роботу його механізмів у зв'язку із емоційно-вольовими процесами. М. Inzichetal вважає, що когнітивний самоконтроль – це емоційний процес і повністю залежить від нього [40].

Наукову зацікавленість викликає інноваційна теорія із теорією нової поведінкової економіки Р. Талера [28]. Зроблена спроба розглянути особливості концептуалізації самоконтролю у теорії нової поведінкової економіки у зв'язку із архітектурою вибору рішень стосовно нашого здоров'я, благополуччя і як покращити наші рішення. Звичайно зрозумілим є, що і підхід Р.Талера, згідно якого самоконтроль регулюється на двох системах мислення, про які ми писали вище. Новизною в роботах Р. Талера, за нашою позицією, є виокремлення автоматичної когнітивної системи мислення та наявність аналітичної.

Автоматична когнітивна система мислення характеризується вченим як: неконтрольована, асоціативна, швидка, несвідома, винахідлива.

Аналітична когнітивна система мислення характеризується як: контрольована, дедуктивна, повільна, свідомо, що працює за правилами.

З огляду на вищенаведене, цінними для теоретико-прикладних досліджень когнітології є обґрунтування Талером поняття «евристики» як програми швидкої дії, що працює без нашого усвідомлюваного вибору.

Отже, три евристики, що розглядаються в роботах Талера, наводять на роздуми про участь емоційно-вольових актів у процесах когнітивних систем мислення, що контролюються і регулюються, перш за все, когнітивним самоконтролем під час інфікування на COVID-19, і ураження його інтегрованого когнітивного механізму. І, як свідчать наші результати

анкетування та опитування досліджуваних 96 осіб із середнім перебігом хвороби у 2020-2021 рр., найбільш серйозні проблеми в їх житті викликали: брак уваги (62 %); нездатність концентрувати увагу в професійному спілкуванні (84 %); проблеми з пошуком слів в ментальному лексиконі (79 %); термінів, вельми уповільнена мовленнєва діяльність (88 %) тощо.

Аналіз робіт у психолого-педагогічній літератури з проблематики самоконтролю та когнітивного самоконтролю репрезентує неоднаковий і часто дискусійний підхід до таких аспектів самоконтролю як його: психологічна та когнітивна сутність, рівні, стадії, засоби та шляхи формування вмій та навичок.

Так, в дослідженні Стефана Щербаума [39] з'ясовано, що діяльність когнітивного контролю і самоконтролю базується на зовсім різних ментальних процесах, і, більш того, оперують вони незалежно один від одного.

Крістіан Джарет [38] поділяє позицію С. Щербаума, і стверджує, що самоконтроль і когнітивний контроль не тотожні. Розрізняючи наведені вище поняття, Джарет звертає увагу на принципову різницю у виконуваних ними функціях. Більшість західних психологів, на його думку, визначає самоконтроль як відкладання негайного задоволення заради досягнення довготермінової цілі. У той же час когнітивний контроль є пов'язаним із здатністю ігнорувати відволікаючу інформацію чи стимули, і базується на таких механізмах: а) здатності перемикатися на виконання різних завдань (багатозадачність); б) обсязі робочої пам'яті; в) на гальмуванні.

Таким чином, отримані авторами висновки, дозволили нам сформулювати припущення, що у професійній комунікації фахівця у постковідний період, механізми когнітивного самоконтролю вербальної поведінки функціонують на низькому рівні тому, що ушкоджені основні ланки, пов'язані із пізнавальними процесами, перш за все: уваги, пам'яті, мислення, мови, Крім того, порушений взаємозв'язок та взаємообумовленість в діяльності між основними ланками когнітивних механізмів мисленнєво-мовленнєвої діяльності не надає пацієнтові достовірної інформації завдяки механізму зворотного зв'язку про те:

- Чи виконує досліджуваний ту вербальну дію, яка була запрограмована?
- Чи вірно він (вона) її виконує?
- Чи є узгодженість між формою дії, що виконується, та етапом породження вербального висловлювання?
- Чи формується вербальна дія з необхідним рівнем узагальнення, згорнутості, автоматизованості та швидкості?

Тоді виникає низка проблемних питань, пов'язаних із специфікою функціонування моделей концентрації уваги, короткотривалої та довготривалої пам'яті, мислення, а також вербальної поведінки під час планування, виконання професійних завдань і обробки професійно-значущої інформації фахівців із симптомами ковідного синдрому.

Звернемося до аналізу зв'язку когнітивного самоконтролю та уваги. Зазначимо, що під час пандемії, складних соціально-економічних умов, непередбачуваних наслідків постковідного синдрому когнітивний контекст висвітлює специфіку самоконтролю вербальної поведінки пацієнтів, що є предметом нашого дослідження, як характеристики його як суб'єкта діяльності, комунікації або самосвідомості [30].

У цьому контексті, автори виділяють два види контролю над змістом своєї свідомості: афективний та когнітивний самоконтроль. У розумінні дослідників, когнітивний самоконтроль характеризується єдністю його вольового та рефлексивного компонентів.

Звернемося до аналізу причин ушкодження. В перше про зв'язк контролю (самоконтролю) та уваги, а також дійшов висновку про те, що самоконтроль є психологічним механізмом уваги, П. Я. Гальперін [41]. Було доведено, що характеристиками, притаманними когнітивному самоконтролю, є зосередженість та відволікання уваги, які утворюють умови довільності керування об'єктом змісту власної свідомості [41, с. 48].

Отже, багатоаспектний характер самоконтролю, який являє собою складну евристичну діяльність, що має на меті інформаційну обробку вербального матеріалу, породжує необхідність звертатися до широкого спектру наукових міждисциплінарних дисциплін.

Таким чином, міждисциплінарний характер наукового пошуку, а також готовність нового фахівця до забезпечення об'єктивних і валідних результатів дослідження спонукає його у спробі визначити та пояснити багатоаспектність прояву досліджуваного феномену до запозичення із суміжних наук методів дослідження, теорій, концепцій та категоріального апарату.

Постковідний синдром, механізми самоконтролю та когнітивного контролю у вербальній професійній діяльності фахівців

Постковідний синдром (англ. Post-COVID syndrome, також відомий як Long COVID) – довготривалий COVID), визначається як мультисистемний запальний синдром, який, в першу чергу, вражає мозок індивіда та його нервову систему з непередбачуваними наслідками та ускладненнями [31; 50]. Саме тому найбільш частотними скаргами у

людей, що перехворіли на COVID-19, є скарги на *когнітивні труднощі* під час виконання когнітивних завдань у професійній діяльності, а саме:

- 1) неможливість концентрації та фокусування уваги;
- 2) брак самоконтролю в різних видах діяльності, частотніше – *вербальної та мисленнєвої поведінки*;
- 3) швидкість обробки інформації, її суттєво уповільнений темп;
- 4) продуктивність вербальної пам'яті, обсяг короткотривалої пам'яті, труднощі з вибором, пригадуванням та використанням адекватного, необхідного слова у процесі вербальної комунікації; втрата пам'яті;
- 5) мисленнєві проблеми, пов'язані із прийняттям рішень, їх результативністю та ефективністю; повний регрес свідомості, у голові – *туман*»;
- 6) багатозадачність: які дії і у якій логічній послідовності виконувати; куди рухатися і задля чого рухатися у даній когнітивній ситуації;
- 7) отримана актуальна інформація важлива для життєдіяльності особистості протягом дня, раптово зникає із пам'яті;
- 8) нездатність планувати та організувати виконання добових, повсякденних та тижневих завдань компетентно і професійно (відволікання, паузи хезитації, нервова та емоційна напруга, дратівливість, апатія, депресія, почуття страху, паніка).

Таким чином, брак ефективної саморегуляції у професійній діяльності людей похилого віку свідчить про низький рівень когнітивного самоконтролю та їх пізнавальних процесів.

Під самоконтролем ми розуміємо пізнавальні процеси, що проявляються в тому, що суб'єкт приймає до уваги ціль та план актуальної, необхідної для виконання роботи, свідомо слідкує за своїми діями та результатами, спів ставляючи їх з уявленими діями та результатами, і на цій підставі регулюючи свою діяльність [61–76].

Отже, взаємозв'язок самоконтролю людини та її пізнавальних процесів: мовлення, пам'яті, мислення, а також уваги як одного із механізмів самоконтролю [30; 41], й як теоретико-методологічної проблематики людських стосунків у постковідну еру, набуває сьогодні надзвичайної глибини.

Цим зумовлена необхідність мати високий рівень розвитку комунікативного самоконтролю вербальної поведінки кожного фахівця у контексті його професійної підготовки для управління власною організаційною поведінкою в цілому.

Проблематика самоконтролю, яка представлена у когнітивних, психолінгвістичних, соціально-філософських, нейропсихологічних підходах та доктринах до феномену, що вивчається, є дуже розгалуженою.

При цьому, термінологічна плутанина призводить до того, що у науковому обігу терміни «самоконтроль» та «саморегуляція» часто використовуються як синоніми. Однак обсяг значень, об'єднаних цими поняттями, є суттєво різним, як і методологія їх оцінювання та формування [11; 37–40; 43; 47; 70; 73].

У руслі нашого дослідження суттєвим вбачаємо підкреслити, що огляд психолінгвістичних моделей породження висловлювання та самоконтролю вербальної поведінки свідчить про те, що контроль або самоконтроль у дослідженнях представників різних парадигм і напрямків у психології є безумовним компонентом будь якої діяльності. При цьому в частотному науковому обігу широко використовують синоніми до терміну «самоконтроль» як-то: моніторинг, контроль правильності, оцінка, корекція, самокорекція, саморегуляція, когнітивний контроль, когнітивний самоконтроль, редагування, само-редагування, фаза співставлення.

Огляд зарубіжних, сучасних робіт з самоконтролю свідчать про різноплановість методологій та підходів до дослідження феномену. Найбільш ґрунтовною, на наш погляд, є робота Є. Крос та Д.Гуеварра [47], в якій автори узагальнили здобутки з психології самоконтролю за останні 15 років.

Актуальні проблеми діагностики та розвитку самоконтроля надані в роботі Скота Янга [37]. Але нашу наукову пошукову діяльність мотивують дослідження самоконтролю та когнітивного самоконтролю у період пандемії 2019-2021 рр.

Так, на думку Шеррі Мейкрантца та інших [48], у часи глобальної пандемії увагу дослідників необхідно сфокусувати на виробленні типів поведінки людей, що захищають їх здоров'я та благополуччя, з урахуванням ключового когнітивного потенціалу людини, його самоконтролю для подолання кризи.

Тара Бахрампур [49] вважає, що вельми потрібне глобальне, лонгітюдне дослідження зв'язку між COVID-19 та зниженням якості функціонування когнітивних функцій у людей, що перехворіли на COVID-19. Реалізацію такого проекту протягом 2021-2022 рр., із вибіркою досліджуваних у 1000 осіб, з метою дослідження специфіки когніцій та поведінки тих, хто перехворів на COVID-19, надано в дослідженні [48; 49].

Науково-дослідна робота групи науковців [51] присвячена вивченню впливу пандемії на розвиток телемедицини, і визначають місію лікарів у розробці індивідуалізованих реабілітаційних програм, надання ефективної допомоги пацієнтам під час ізоляції, засобами цифрових технологій.

Таким чином, аналіз сучасних зарубіжних напрямків в розробці малодосліджених негативних наслідків пандемії на когнітивний самоконтроль, підтвердив наявність обмеженої кількості робіт стосовно специфіки професійної вербальної поведінки фахівців та когнітивного самоконтролю у міжособистісному спілкуванні.

У зв'язку з цим велику теоретичну та практичну цінність становлять спроби вітчизняних науковців розробити і впровадити конкретні принципи й методи системного вивчення психологічних особливостей когнітивного самоконтролю вербальної поведінки, а також шляхи подолання когнітивних розладів пацієнтів із симптомами постковідного синдрому. Велику наукову зацікавленість також викликає потреба дослідити специфіку мислення (когнітивний, емоційний, поведінковий аспект) у зв'язку із дивергентністю мислення (гнучкістю).

Психологічні аспекти формування когнітивних моделей самоконтролю вербальної поведінки

У дослідженнях проблематики самоконтролю та вербальної поведінки (вербальної комунікації) в останні роки цей конструкт виступає, з одного боку, як диспозиція (риса, характеристика), а з іншого, як категорія стану.

Розробка проблем психології самоконтролю за умови постковідного синдрому, з нашої точки зору, перш за все пов'язана із визначенням психологічних механізмів, закономірностей становлення, засобів та способів формування умінь самоконтролю у процесі реалізації вербальної діяльності (поведінки). Наведені вище аспекти самоконтролю взаємопов'язані та взаємообумовлені завдяки такому феномену як мисленево-мовленнєва діяльність.

І тому, ми вважаємо, що вирішення проблеми самоконтролю у ході відновлення уражених пізнавальних процесів у хворих у постковідній фазі є найменш розробленою як в теоретичному, так і в практичному плані проблематикою, і потребує використання різних підходів: когнітивного, нейропсихологічного, психологічного, соціологічного та лінгвістичного.

Конкретним практичним результатом дослідження психології самоконтролю вербальної поведінки індивідів, що перехворіли на COVID-19, має бути індивідуальна Програма формування умінь та навичок самоконтролю. Структура самоконтролю має бути побудована на динамічній моделі самоконтроля, та базуватися на інтегративному блоку його когнітивних механізмів, а також індивідуальних та особистісних диспозиціях кожного досліджуваного.

Крім того, розробка методичних та дидактичних матеріалів для попереднього, покрокового та підсумкового самоконтролю на перших

етапах організації реабілітаційної роботи. Додамо до цього, що самоконтроль та самокорекція в різних видах мовленнєвої діяльності особистості (читанні, письмі, сприйнятті інформації на слух, говорінні) є вельми актуальними прикладними завданнями під час використання реабілітаційних заходів.

Тому у нашому дослідженні ми зробили спробу моделювання самоконтролю вербальної поведінки постковідних пацієнтів за допомогою *індивідуалізованої* системи ментальних право- та ліво-півкульних вправ у людей похилого віку, що базується на їх індивідуальних характеристиках функціонування мозку, тобто, індивідуальному профілі асиметрії півкуль головного мозку у процесі діяльності [73; 75].

В психології самоконтролю, операції мисленнєвого процесу, зокрема, операція співставлення результату своєї дії з еталоном, продукує виділення як загальних, так й специфічних ознак еталону правильності дії.

У концепції самоконтролю, що була запропонована нами у 1994 році та апробована на матеріалах навчальної діяльності студентів та дорослих, обґрунтовано роль та значення *свідомого засвоєння знання* алгоритму самоконтролю у процесі обробки інформації під час освітньої діяльності. Таке знання послідовності операцій з вербальним матеріалом, дозволяє свідомо з'ясувати їх взаємну обумовленість для виконання вербальної дії (поведінки). При цьому синтез, як мисленнєва операція, об'єднує сукупність даних для рішення конкретної вербальної проблеми. Синтез без аналізу – є неможливим, і ці мисленнєві операції мають домінуюче значення під час породження висловлювання, пошуку адекватних лінгвістичній ситуації лексичних одиниць, їх узгодження, встановленню нейронних зв'язків, що забезпечують створення даних операцій, а також операцій узагальнення та абстракції [65].

Отже, зв'язок мислення та мови, прослідковується в плані відношення думки до слова, тобто в плані внутрішньої мови. Специфіка функціонування внутрішньої мови дозволила Т. Гаваковій [52] виокремити механізм самоконтролю та внутрішньої уваги, яким є предикативність.

У контексті зазначеної проблеми зауважимо, що рівні функціонування когнітивних механізмів самоконтролю вербальної поведінки осіб, що перехворіли на COVID-19, і мають когнітивні ускладнення, можуть свідчити про рівні розвитку їх мовно-мисленнєвих механізмів [60]. А оскільки когнітивний самоконтроль є складовою мовленнєвої діяльності, то рівні його розвитку відбивають рівні сформованості когнітивного самоконтролю.

Надзвичайно важливою для реалізації цілей нашого дослідження є думка М. Жинкіна про двусторонність та взаємодоповнюваність мовно-

мисленневих механізмів вербальної комунікації. На думку автора, процеси усвідомлення, утримання в пам'яті та упередження є внутрішніми механізмами, за допомогою яких реалізується робота головного операційного механізму мови. Його структуру складають дві ланки: 1) складання слів із елементів; 2) складання фраз із слів. І в кожній із цих ланок, наголошує М. Жинкін, є ще дві ланки: відбір і складання. З одного боку, в останніх ланках реалізується аналіз та синтез мислення, а з іншого боку, представлені динаміка і статика [7, с. 168].

Тоді ймовірно припустити, що розлади в роботі мовно-мисленнєвого механізму (наприклад, труднощі у прийнятті професійних рішень, відбір необхідних слів і термінів у діловому спілкуванні, відволікання в роботі через «білий шум» в офісі тощо) викликані порушеннями:

- 1) в усвідомленні нової інформації (відволікання, паузи хезитації);
- 2) браком в роботі механізму короткотривалої пам'яті (його обсягу, який за нашими даними не дорівнював 5 одиницям за магічною формулою Міллера $7+2$), як наслідок інфікованого вірусом враження певних зон головного мозку;
- 3) механізм упередження та збій в його роботі не дозволяв фахівцям ефективно планувати, організовувати вірогідні професійні дії та вербальну поведінку.

Аналіз ймовірних причин розладів мислення у пацієнтів з постковідним синдромом додають наукові дослідження у галузі контрфактуального мислення [53; 54], яке в рамках когнітивної психології розглядається як домінанти мовної свідомості людини, і визначає спосіб мовної репрезентації вже пізнаного, засвоєного. Домінанти супроводжують мисленнєву діяльність індивіда в цілому, обслуговують логічні операції мислення, оцінку змісту висловлювання та емоційне його значення для особи. За своєю когнітивною сутністю – це є когнітивні моделі, механізми, схеми, тобто, особистісні конструкти за Келлі [55]. Вони формуються в індивідуальній свідомості людини, визначають її стиль поведінки, є факторами вибору засобів мовної репрезентації пізнаного.

Тоді домінанти мовної свідомості пацієнта з симптомами розладів у мисленнєвій сфері ймовірно отримали ушкодження певною мірою у функціонуванні особистісних конструктів пацієнта, і як наслідок брак у логічних операціях мислення, глибині та швидкості обробки змісту нової інформації, негативні емоційні реакції.

Тоді з огляду на викладені вище положення, виникає питання: що руйнує COVID-19 у інтегрованому когнітивному механізмі самоконтролю вербальної поведінки особистостей, що перехворіли, і мають постковідні ускладнення?

Ми висловили припущення, що руйнується структура внутрішньої мови та її психологічні механізми, бо з фізіологічної точки зору, за А.Н.Соколовим, структура внутрішньої мови є сукупністю та взаємодію слухових, зорових мовно-рухових та моторно-графічних механізмів [56]. Іншими словами, під час обробки інформації та рішення вербальних проблем індивід з ковідним досвідом стикається з ускладненнями когнітивного характеру, бо блокуються механізми внутрішнього мовлення.

А наслідком дії заблокованих механізмів внутрішнього мовлення суб'єкта (внутрішнього коду, за М. І. Жинкіним [7]), є відсутність функціонування егоцентричної мови-мислення, яка обслуговує не комунікацію, а інтелект. Саме егоцентрична мова є проміжною ланкою між зовнішньою та внутрішньою мовою, і є, на наш погляд, причиною труднощів когнітивного самоконтролю вербальної поведінки на етапі планування, співставлення та корекції. Але загальновідомо, що наявність егоцентричної мови свідчить про низький рівень операцій самоконтролю в процесі обробки інформації.

Чому? По-перше, тому, що операції самоконтролю НЕ прийняли характер згорнутої, автоматизованої розумової дії, а значить відображають низький рівень володіння мовленнєвою системою мови внаслідок ушкодження механізмів мислення. По-друге, поопераційний самоконтроль, його моделі, механізми функціонування зорових, слухових, графічних, моторних еталонів, що зберігаються у довготривалій пам'яті, були також пошкоджені внаслідок дії вірусу на мозок та нервову систему людини у період ковідної хвороби та отриманого стресу. По-третє, внутрішню, егоцентричну і зовнішню мови та рівні їх автоматизованості або відсутності можливо розглядати як рівні сформованості самоконтролю, а значить, мовної та мовленнєвої компетенції індивіда. По-четверте, в руслі проблеми, що розглядається, ми надаємо принципового значення мовним механізмам мислення, які і забезпечують реалізацію мисленнєвих операцій та формування інтегрованого механізму самоконтролю відповідного рівню у вербальній поведінці фахівця-професіонала. По-п'яте, головний принцип, який закладено в основу функціонування механізму когнітивного самоконтролю, є механізм зворотного зв'язку.

Когнітивне моделювання самоконтролю вербальної поведінки хворих у постковідний період

Системне моделювання психічних процесів у сучасній когнітивній науці передбачає оперування символічними процесами, тобто способами,

в яких використовуються словесні та уявні символи з метою обробки та зберігання досвіду для пояснення поведінки людей.

У постковідний період, індивіди, що перехворіли на COVID-19, найбільше скарж висловлювали стосовно проблем вербальної поведінки, її самоконтролю у стані фізичного та когнітивного дискомфорту у процесі ділового спілкування. Постковідна симптоматика, її тривалість і непередбачуваність наслідків та ускладнень, створювали несприятливі умови для активації процесів саморегуляції власної поведінки.

Тому постає невідкладною проблема застосування процедур моделювання самоконтролю поведінки (вербальної – в тому числі) для формування нової, зміненої когнітивної та поведінкової компетентності фахівців, що перехворіли та мали когнітивні та поведінкові ускладнення.

Цінними для нашого дослідження є висновки Альберта Бандури [57] сформульовані у теорії мотивації соціального навчання. Теоретичне осмислення проблеми набуття нової поведінки індивідом дозволило автору стверджувати, що завдяки імітації моделі людина отримує нові схеми, види складної поведінки в умовах соціуму. Надзвичайно важливим є висновок, що навчання у людей значною мірою визначається процесами моделювання, спостереження і наслідування [57].

Крім того, когнітивний акцент в теорії фокусує увагу на значущості використання людьми символічних репрезентацій, що забезпечують гнучкість людської поведінки. А.Бандура висловлює тезу, що зміни в людській поведінці, що викликаються внаслідок класичного та інструментального обумовлення, а також нагорода і покарання, активно опосередковуються когніціями. Утворення зв'язків між стимулом і реакцією знаходиться під впливом процесів самоконтролю [57].

Отже, підхід теорії мотивації соціального навчання, запропонований А. Бандура та його послідовниками (наприклад, Уолтером Мішелем) наголошує, що спостереження, імітація та спілкування як методи вивчення поведінки особистості, активізують функціонування трьох важливих пізнавальних процесів в поясненні змін поведінки. До них автор концептуального підходу відносить: символічні процеси; обсерваційне навчання (спостережливе вивчення); самоконтроль.

Таким чином, процес спостереження і намагання імітувати поведінку інших, в термінах А. Бандури, називається моделюванням. Процес реалізується через чотири стадії: увага, затримання, репродукція, мотивація [57].

Принципово важливим для досягнення наших цілей моделювання когнітивного самоконтролю вербальної поведінки постковідних хворих є положення про необхідні зміни в поведінці хворих як нововведення і, як вивчення на основі моделювання, нової, нормативної вербальної

поведінки. Роль і значення різноманітних моделей вербальної поведінки – стимулювати ментальну активність хворого за новими, незнайомими для нього моделями оперування.

Когнітивне моделювання самоконтролю вербальної поведінки досліджуваних має на меті моделювання як експериментальне вивчення феномену, що вивчається, на моделі, а також використання моделі у реабілітаційній програмі.

Когнітивна модель як аналог, як еталон самоконтролю вербальної поведінки у діловому спілкуванні є формами інформаційного моделювання, *внутрішніми психічними моделями або робочими ментальними моделями.*

Так, на думку В. Пушкіна [58], з'ясування закономірностей побудови і роботи мозкових інформаційних моделей зовнішнього світу, що обслуговують поведінку людини, має стати предметом вивчення психологічної науки.

У руслі дослідження суттєвим вбачаємо зацентувати увагу на тому, що когнітивна модель репрезентує формальну модель психічного або соціально-психічного процесу. Тобто, формалізована абстракція процесу (у нашому випадку – когнітивне моделювання самоконтролю вербальної поведінки постковідних хворих), відтворює його основні якості об'єкту, що моделюються.

Таким об'єктом, що моделюється, є алгоритм дій самоконтролю досліджуваного, що формується в усному діловому мовленні на рівні породження висловлювання як: *слово-словосполучення - речення – мікротекст.*

Загальновідомо, що для запуску моделі необхідно реалізувати етапи моделювання, зокрема:

- Перший етап: наявність знань про об'єкт моделювання.
- Другий етап: модель – самостійний об'єкт експериментального дослідження, зі зміненими, новими умовами функціонування моделі.
- Третій етап: переніс знань з моделі на процес самоконтролю мовленнєвої поведінки.
- Четвертий етап: практична перевірка знань самоконтролю мовленнєвої поведінки як самоспостереження та оцінка власної поведінки.

Інтегрований механізм самоконтролю вербальної поведінки особистості за умови наявності постковідного синдрому

Як ми раніше константували, проблематика самоконтролю вербальної поведінки людей, що перехворіли на COVID-19, є актуальною для сучасної когнітології, оскільки аналізує рівень функціонування когнітивних механізмів (низький, середній, високий) за умови наявності

симптомів постковідного синдрому. У цьому аспекті кількість науково-дослідних робіт, на наш погляд, до цього часу є досить обмеженою. Проте, значна кількість науковців дослідила у 2019-2021 рр. когнітивні та поведінкові розлади людей, ступень захворюваності яких був різний: від легкого до тяжкого [42; 45; 48–51; 59; 73; 75].

Як свідчить практика сімейних лікарів в Україні, вельми необхідні знання про роботу когнітивних механізмів пізнавальних процесів: уваги, концентрації уваги, пам'яті, мови та мовлення у постковідних хворих. Динаміка появи постковідних симптомів, когнітивні зони вражень, ступень їх ушкодженості, термін появи після хвороби також є вельми дискусійними питаннями, оскільки це найбільш частотні скарги, з якими звертаються навіть через 4-6 місяців після одужання ковідні хворі [50].

На думку практикуючих лікарів, знання про ланки когнітивного механізму самоконтролю вербальної поведінки пацієнта ушкоджена (структура інтегрованого механізму); пізнавальні процеси функціонують не на нормативному рівні (діагностика за допомогою портативної, валідної процедури методу асоціативного експерименту та іншого діагностичного інструментарію); а також дані про індивідуальний профіль міжпівкульної асиметрії головного мозку пацієнта (лівопівкульний, правопівкульний, амбідекстр) надає фахівцям-лікарям можливість рекомендувати і обрати індивідуальну програму когнітивної реабілітації людини з опорою на систему ментальних вправ для право-та-ліво-півкульних з метою подолання симптомів постковідного синдрому.

На українському науковому просторі проводяться наукові заходи, присвячені актуальним питанням сучасної медицини і фармації, під час яких презентуються сучасні підходи до діагностики та лікування хворих на коронавірусну інфекцію [59].

У психологічній літературі останніх років широкого розповсюдження отримало поняття «механізм», однак його психологічна сутність трактується по-різному. В даному дослідженні ми будемо дотримуватися концептуальних позицій про механізми мовлення М. І. Жинкіна [7] та Є. І. Бойко [60].

Згідно визначенню поняття «механізм» (Є. І. Бойко), це означає проникнути у його структуру, з'ясувати взаємозв'язок його частин та цілого, а також зрозуміти та пояснити сутність процесу (предмету) [60].

Дослідниками ґрунтовно доведено, що механізми мисленнєвої діяльності є складним багатозначним новоутворенням, кожна ланка якого пов'язана з іншими. При цьому мовленнєві механізми базуються на дії загально функціональних механізмів мислення, пам'яті та випереджаючого відображення [2; 3].

Прикладні та експериментальні дослідження механізмів самоконтролю та когнітивного контролю констатують відсутність їх тотожності на когнітивному рівні. Базуючись на цих теоретико-емпіричних даних ми зробили спробу обґрунтувати структуру інтегрованого когнітивного механізму самоконтролю вербальної поведінки та його компонентів.

Головними когнітивними механізмами є *внутрішня мова та внутрішня увага*. Вони слугують засобом функціонування знань, мисленневих процесів і навичок, необхідних для реалізації самоконтролю. Ми вважаємо, що внутрішня мова, як пусковий механізм когнітивного контролю, є механізмом відповідальним за гальмування неправильних дій [30; 41; 56; 79]. А це означає, що скарги постковідних хворих на ускладнення в прийнятті рішень, відсутності концентрованої уваги, проблеми з вибором лексичних одиниць не відбуваються у плані внутрішньої мови (внутрішнього) промовляння. Як наслідок, випадає із когнітивної діяльності механізмів самоконтролю ланка, відповідальна за дію внутрішнього еталону когнітивного самоконтролю, який має постійно співставлятися із зовнішнім еталоном. У такому випадку, внутрішнє промовляння запезпечує корекцію внутрішньої програми вербального акту дії.

Таким чином, чим вище рівень згорнутості внутрішньої мови, тим вище і рівень когнітивного самоконтролю. Базуючись на цих закономірностях, психологічні рекомендації лікарям, психологам, когнітологам – розвивати внутрішню мову пацієнтів, що активізує механізм внутрішньої мови та внутрішньої уваги.

Яким чином? Засобом установки на внутрішнє промовляння.

Наша апробація когнітивної моделі самоконтролю вербальної поведінки досліджуваних з корекцією даної ланки когнітивного інтегрованого механізму виявила 89 % пацієнтів (із 96 досліджуваних), які в 1,5 рази підвищили свою когнітивну продуктивність у процесі використання індивідуальних коригуючих ментальних вправ.

Наступний механізм, який ми дослідили у вербальній професійній діяльності фахівців, що перехворіли, є механізм зворотного зв'язку. На думку С. Архангельського [8], головною функцією зворотного зв'язку є управління. Його складові компоненти включають: а) усунення неузгодженості у процесі дії шляхом регулювання системи; б) вдосконалення системи шляхом активізації мислення і цілеспрямованої дії особи; в) послідовне розширення системи за рахунок внесення нової інформації та її поглиблення; г) контроль системи шляхом оцінки її результативності; д) визначення характеру і засобів управління, що

дозволяють за допомогою менш керуючих дій створювати більш цілеспрямовану дію, більшу результативність [8, с. 65].

Напрацювання С.Архангельського є вельми цінними для наших цілей розроблення індивідуалізованих реабілітаційних систем ментальних вправ для їх побудови за викладеними принципами, і для корекції діяльності інтегрованого механізму самоконтролю вербальної поведінки постковідних пацієнтів з урахуванням ступню ушкодженості його складових механізмів внаслідок перенесеного захворювання.

Таким чином, механізм зворотного зв'язку регулює правильність реалізації формування та формулювання думки, за Зимньою, і слугує підтвердженням виконання програми висловлювання [2; 3].

Перспективи подальших досліджень: невирішені проблеми

Суспільні трансформації, пов'язані з коронавірусом та карантинном, є вирішальними для кожної особистості сьогодення, оскільки принципового значення набуває процес моделювання вербальної (комунікативної) поведінки та інтеріоризації людиною нових соціальних умов та наслідків загрозованої пандемії, а також мобілізація психологічних ресурсів життєстійкості [11–16; 18; 37; 40; 42; 45; 47–49; 65; 75; 76].

На нашу думку, недостатньо дослідженими є також психологічні проблеми, пов'язані із концептуальними перспективами подолання негативних наслідків COVID-19 у різних соціальних контекстах, зокрема: у родині, академічному та професійному середовищах. Отже, моделювання вербальної поведінки індивіда за умови нових викликів епідеміологічної ситуації в країні, що базується на інноваційних моделях самоконтролю та саморегуляції, поведінкових та емоційних факторах здоров'я людини є вельми актуальною, не дослідженою проблемою сучасної глобальної психологічної науки.

В даному контексті, з нашої точки зору, потребують невідкладного теоретичного і методологічного аналізу та вирішення на основі інноваційних психологічних та нейропсихологічних підходів відповіді на наступні запитання, зокрема, як негативні прояви наслідків захворювання на COVID -19 впливають з плином часу на:

- 1) функціонування лівої та правої півкулі головного мозку під час обробки інформації, як професійної, так і побутової;
- 2) пізнавальні процеси особистості, інтелектуальну активність, їх якісні характеристики;
- 3) професійну та життєву активність індивіда;
- 4) стиль його життя;
- 5) поведінкове благополуччя;

б) яким чином психологічний вплив оточуючого середовища зумовлює процес та результат змін особистості в її власній вербальній поведінці при взаємодії з іншими людьми;

7) система *індивідуалізованих* реабілітаційних психологічних та нейропсихологічних заходів для подолання наслідків постковідного синдрому для ліво- та право-півкульних, а також амбідекстрів.

8) головний принцип, який закладено в основу функціонування механізму когнітивного самоконтролю, є механізм зворотного зв'язку.

Наведемо приклади ментальних вправ, що були застосовані на першому етапі формування моделі самоконтролю вербальної поведінки – на рівні ізольованого слова, і які виконувалися вдома пацієнтами за умови ізоляції та ремісії.

Головна мета білатеральної системи ментальних вправ полягає у конструюванні індивідуальних моделей вербальної та емоційної поведінки когнітивного самоконтролю у реабілітаційний період з метою корекції пізнавальних процесів та подолання постковідних ускладнень.

ТРЕНУВАЛЬНІ ВПРАВИ:

Структура індивідуалізованих ментальних вправ базується на психолінгвістичних закономірностях породження свідомого висловлювання і включає такі етапи: 1) тренувальні вправи із ізольованим словом; 2) із словосполученням; 3) речення; 4) 3-4 речення, об'єднаних загальним змістом, над-фразова єдність; 5) корективні морфологічні контексти; 6) коригуючі синтаксичні контексти.

Психологічною особливістю запропонованої системи ментальних вправ є генеза свідомих дій самоконтролю, які виконуються в комфортному для суб'єкта темпі, а потім обов'язково в пришвидшеному темпі за умови, так званого, «білого шуму», що дозволяє відключити, заблокувати механізми внутрішньої мови.

Домінантним критерієм створення ліво- та право-півкульних вправ був критерій новизни у виконанні типових, повсякденних вербальних дій.

ПРИКЛАДИ ВПРАВ:

Мета: генеза свідомих дій самоконтролю вербальної поведінки.

Критерії для створення вправ: новизна у виконанні типових вербальних дій:

1) усний рахунок з пришвидшенням (швидко, на фоні музичного супроводу для право-півкульних вперед парними – непарними, двійками, потім трійками до 20, 40, 60, 80 і назад;

2) завдання для дорослих (множення, поділ, віднімання, додавання) за наявності навушників для виключення механізмів внутрішнього проговорювання);

3) таймування запам'ятовування 30 слів за 2 хвилини (в усній та писемній формі пред'явлення) на фоні заважального білого шуму, наприклад – іноземної мови;

4) 10 хвилин читання вголос кожного дня, потім викладення прочитаного у вигляді писемного плану, а потім деталізованого переказу за 5, 3, 2 хвилини;

5) писати від руки 5-7 раз на день, перераховуючи позитивні дії та їх наслідки минулого дня, тижня або потреби в позитивних діях сьогодні;

6) мити посуд, писати окреме слово, малювати вашу кімнату із закритими очима для вироблення інших нейронних зв'язків;

7) використовувати китайські палички для їжі;

8) виконувати дії лівою рукою, якщо ви правша для вироблення дрібної моторики.

Таким чином, наведені вправи об'єднують здатність хворої людини до самоконтролю власних емоційних та поведінкових програм (навичок) на першому етапі їх виконання, а також регулювання характеру спілкування у професійній діяльності під час їх використання для породження контрольованого мовленнєвого висловлювання.

Підсумовуючи слід зазначити, що Проблема когнітивного моделювання самоконтролю вербальної поведінки хворих у постковідний період та мутацій вірусу COVID-19 є актуальною, вельми складною проблемою, не вирішеною до цього часу.

Використання системно-діяльнісного та антропологічного підходів до аналізу когнітивного моделювання самоконтролю вербальної поведінки досліджуваних із симптомами постковідного синдрому, дозволило розглянути феномен як діяльність, що має свою структуру, рівень функціонування його механізмів, ймовірні причини розладів в їх роботі внаслідок вірусного інфікування організму.

Матеріали дослідження дозволяють дійти теоретичних, емпіричних та прикладних висновків про моделювання когнітивного самоконтролю вербальної поведінки досліджуваних, що перехворіли на COVID-19.

Перша група висновків має безпосереднє відношення до психології самоконтролю:

1. Обґрунтовано концептуальний підхід, система та умови формування когнітивного самоконтролю вербальної поведінки літніх людей (50-70 років) за умови симптомів постковідного синдрому.

2. Проаналізовано когнітивні механізми самоконтролю у професійній міжособистісній комунікації осіб з низьким рівнем самоконтролю та висунуті припущення стосовно ймовірних причин їх виникнення.

3. Розкрито функції та структура ланок інтегрованого когнітивного механізму самоконтролю у діловій сфері особистостей із постковідними когнітивними розладами.

4. Визначена специфіка функціонування інтегрованого механізму самоконтролю у процесі професійного спілкування осіб із постковідним синдромом, з середнім ступенем тяжкості захворювання, за допомогою висунутої моделі породження висловлювання: слово- словосполучення- речення- мікротекст.

5. Визначено зв'язок між індивідуальними особливостями вербальної пам'яті, визначеними в асоціативному експерименті, та рівнями сформованості когнітивного самоконтролю.

6. Отримані певні показники щодо загальної психодіагностики та методики дослідження когнітивного самоконтролю. Доведено, що класичний варіант асоціативного експерименту є достатньо коректною пробою на рівень сформованості когнітивного самоконтролю, а також портативною пробою вербальної пам'яті.

Наступна група висновків має відношення до педагогічної психології:

1. Висвітлено досвід використання асоціативного експерименту у якості методу учбової діагностики, засобу визначення рівня сформованості когнітивного самоконтролю у школярів та студентів на рівні ізольованого слова, словосполучення, речення, мікротексту. Розширення діапазону функцій асоціативного експерименту у якості психодіагностичного засобу дозволяє збільшити арсенал психодіагностичного інструментарію психолога-практика.

2. Розроблена індивідуалізована реабілітаційна система ментальних вправ (усних та писемних) для корекції діяльності інтегрованого механізму самоконтролю вербальної поведінки осіб з симптомами постковідного синдрому.

Список використаних джерел:

1. Levelt W. J. A History of Psycholinguistics: The Pre-Chomskyan Era Oxford : Oxford University Press, 2013. P.672.

2. Зимняя И. А. Речевой механизм в схеме порождения речи применительно к задачам обучения иностранному языку. *Психологические и психолингвистические проблемы владения и овладения языком*. Москва, 1969. С. 5-16.

3. Зимняя И. А., Китросская И. И., Мичурина К. А. Самоконтроль как компонент речевой деятельности и уровни его становления. *ИЯШ*. 1970. №4. С. 54-57.

4. Косенко Ю. В. Основи теорії мовної комунікації : навч. посіб. Суми : Сум. держ. ун-т, 2011. 187 с.

5. Мак-Квейл Д. Теорія масової комунікації. Львів : Літопис, 2010. 537 с.
6. Sedivy J. Language in Mind: An Introduction to Psycholinguistics. Sunderland, Massachusetts: Sinauer Associates, 2018.
7. Жинкин Н. И. Речь как проводник информации. Москва, 1982. С. 95.
8. Психологічний словник / Авт.-уклад.: В. В. Синявський, О. П. Сергєєнкова ; за ред. Н. А. Побірченко. Київ, 2007. 336 с.
9. Самоконтроль. Енциклопедія освіти. Гол. ред. В. Г. Кремінь. Київ : Юрінком Інтер, 2008. С. 797-798.
10. Kalakoski V, Selinheimo S, Valtonen T. (2020). Effects of a Cognitive Ergonomics Workplace Intervention (CogErg) on Cognitive Strain and Well-Being: A Cluster Randomized Controlled Trial. A Study Protocol. *BMC Psychology*, 8, № 1. P.1-54.
11. Максименко С. Д., Пасічник І. Д. До питання методології когнітивної психології. *Наукові записки. Серія «Психологія і педагогіка». Тематичний випуск «Актуальні проблеми когнітивної психології»*. Острог : Вид-во Нац. ун-ту «Острозька академія», 2013. Вип.24. С. 3-6.
12. Нестерова М. А. Когнитивистика: истоки, вызовы, перспективы : монограф. Суми : Университетская книга, 2015. 334 с.
13. Нестерова М. А. Становление когнитивной науки. *Новая парадигма*. 2014. Вип.122. С. 12-20.
14. Єсипович К. П. Феномен когнітивного картування в сучасній лінгвістичній парадигмі. *Studialinguistica*. 2013. Вип.7. С. 254-257.
15. Андерсон Дж. Когнитивная психология. 5-е изд. СПб. : Питер, 2002. 496 с.
16. Cognitive Neuroscience of Natural Language Use. Cambridge University Press, 2015. P.279.
17. Франселла Ф., Банистер Б. Новый метод исследования личности. Москва :Прогресс, 1987.
18. Солсо.Р. Когнитивная психология. 6-е изд. СПб. : Питер, 2015. 592 с.
19. 7th Congress of European Academy of Neurology. June 19-23 2021. Vienna, Austria.
20. Коч Н. В. Когнітивна лінгвістика: навч. посіб. Миколаїв : Іліон, 2021. 132 с.
21. Слухай Н. В., Снитко О. С., Вільчинська Т. П. Когнітологія і концептологія у лінгвістичному висвітленні. Київ, 2011.
22. Деркач Л. М., Шевяков О. В., Бурлакова І. А. та ін. Когнітивна наука : навч. посіб. Київ : Вид-ий дім «Кондор», 2021. 320 с.
23. Уланович О. И. Языковая личность в контексте моделирования речевого онтогенеза. *Психология когнитивных процессов* : матер. 2-й Всероссийской науч.-практ. конф. (Смоленск, 2-3 октяб. 2008 г.). Смоленск : Универсум, 2008. С. 197-201.
24. Бацевич Ф. Лінгвокультурні аспекти комунікативної толерантності. *Соціогуманітарні проблем людини*. №5. 2010. С.108-119.

25. Семенюк О., Паращук В. Категорії комунікативної поведінки в етнокультурному аспекті (на матеріалі словянських та англійських лінгвокультур). *Нова філологія* : зб. наук. праць. Запоріжжя, 2007. №28.
26. Стернин И. А. О понятии коммуникативного поведения. *Kommunikativ Funktionale Sprachbetrachtung*. Halle, 1989. S. 279-282.
27. Чухліб Е., Скуратівська Л. Вивчення мовленнєвої поведінки співрозмовників у лінгвістичній підготовці сучасних фахівців. *Гуманітарна освіта у технічних вищих навчальних закладах*. 2014. №29. С. 420-428.
28. Гарбадин А. Методологія дослідження самоконтролю у поведінковій економіці Р.Талера: політологічний аспект. *Вісник Львівського університету. Серія філос.-політолог. студії*. 2020. Вип. 28. С. 134-139.
29. Гнатик Л. М. Комунікація: походження, типологія, функції. *Науковий вісник НЛТУ України* : зб. наук.-техн. праць. 2011. Вип. 21 (10). С. 344-353.
30. Петровский В. А., Черепанова Е. М. Индивидуальные особенности самоконтроля при организации внимания. *Вопросы самоконтроля*. 1987. №5. С. 48-56.
31. Freud, S. (1948). Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. Bd. V.1, z.608.
32. Медвідь Є. С. Основи глибинної психології : навч. посіб. Ніжин, 2016.
33. Blankstein K. (1982). Self-Control and Self-Modification of Emotional Behavior. New York, 1982.
34. Wentzel K. R., Weiberger D. A., Ford M. E. (1990) Academic Achievement in Preadolescence: The role of Motivational, Effective, and Self-regulatory Processes. *Journal of Applied Development Psychology*. 1990. Vol. 11(2). P. 179-293.
35. Horn W. F., Ilongo N., Gzeenberg et al. (1990). Addictive Effects of Behavioral Parent Training and Self-Control Therapy with Attention Deficit Hyperactivity Disordered Children. *Psychol. Journ. of Clinical and Child Psychology*, 1990. Vol.19(2). P. 98-110.
36. Goldiamond I. (1965). Self-Control Procedures in Personal Behavior Problems. *Psychol. Reports*, 1965. № .17. P. 851-868.
37. Young, S. (2019). The Complete Guide to Self-Control. Amazon, 2019.
38. Jarrett C. (2018). Self-Control and Cognitive Control Are Not the Same Thing. January 22, 2018. Available at: <https://digest.bps.org.uk/category/methods/>
39. Scherbaum S., Frisch S., Holfert A et al. (2018). No Evidence for Common Processes of Cognitive Control and Self-Control. *Acta Psychologica*, Vol.182. Jan.2018. P. 194-199.
40. Inzlicht M., Bartholow B., Hirsh J. (2015). Emotional Foundations of Cognitive Control. *Trends in Cognitive Sciences*. Vol.19, Issue 3, March 2015. P. 126-132.
41. Гальперин П. Я., Кабыльницкая С. Л. Экспериментальное формирование внимания. Москва :МГУ, 1974. 101 с.

42. Baker H. A., Safavynia S. A., Evered L. (2021). The Third Wave: Impending Cognitive and Functional Decline in COVID-19 Survivors. *British Journal of Anaesthesia*. Vol.126. Issue 1. P. 44-47.
43. Jeffrey B. (1974). Self-Control: Methodological Issues and Research Trends. *Self-Control: Power to the Person*. Monterey, 1974. P. 168-199.
44. Bugelski B., Graziannic A. (1980) *Practical Psychology*. Englewood Cliffs, 1980.
45. Moser K., Rivkin W., Diestal S. et al. (2020). An Investigation of Self-Control and Self-Regulation as Mechanisms Linking Remote Communication to Employee Well-Being during the COVID-19 Pandemic. *Academy of Management Annual Meeting*, 2020. 11Aug.Vancouver.
46. Харченко Е. В. Межличностное общение: модели вербального поведения в профессиональных стратах : автореф. дис. ... д-ра филол. наук. М, 2004. С.5.
47. Kross E., Guevarra D. (2015). Self-Control. *Oxford Bibliographies*, 29 April 2015.
48. Maykrantz S., Langlinai S., Houghton J.et al. (2021). Self-Leadership and Psychological Capital as Key Cognitive Resources for Shaping Health-Protective Behaviors During the COVID-19 Pandemic.
49. Bahrapour T. (2021). Large-Scale Global Study to Investigate Links Between COVID-19 and Cognitive Decline. *The Washington Post*, Jan.5, 2021.
50. A Clinical Case Definition of Post COVID-19 Condition by a Delphi Consensus. *World Health Organization*. 6 October 2021. P.1-3.
51. Bashshur R., Doarn C., Frenk J et al. (2020). Telemedicine and the COVID-19 Pandemic, Lessons for the Future. *Telemed.J E Health*,(2020) 26: 571.
52. Гавакова Т.И. Формирование самоконтроля учащихся 5-8 классов в учебной деятельности : автореф. дис. ... канд. пед. наук по психологии. Киев, 1965. 19 с.
53. Карпенко А. С. Контрфактуальное мышление. *Логические исследования*. 2017. Т. 23. № 2. С. 98-122.
54. Резе Н.Дж. Контрфактуальное мышление. Горизонты когнитивной психологии : хрестоматия. Москва : Языки славянских культур: РГГУ, 2012. С. 243-253.
55. Келли Дж. Теория личности. Психология личных конструктов. СПб. : Речь, 2000.
56. Соколов А. Н. Внутренняя речь и мышление. Москва, 2007.
57. Bandura A. (Ed.) (1971). *Psychological Modeling : Conflicting Theories*. N.Y : Aldine-Atherton.
58. Пушкин В. Н. Психологические возможности человека. Москва, 1972.
59. Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2021 : зб. тез допов. наук.-практ. конф. з міжн. участю молодих вчених та студентів (Запоріжжя, 15-16 квіт. 2021 р.). Запоріжжя : Запорізь. держ. мед. ун-т, 2021. 202 с.

60. Бойко У. И. Механизмы умственной деятельности. Москва : Педагогика, 1976. С.56.
61. Karnes F.A., D'llio V.R. (1991). Self-Control in a Sample of Elementary School-Age Gifted Youth//*Percept. and Motor Skills*, 1991, Dec. Vol.73 (3). P. 1044-1046.
62. Steventson H.C., Fantuzzo J.W. (1986).The Generality and Social Validity of a Competency-Based Self-Control Training Intervention for Underachieving Students// *Journal of Applied Behav.Analysis*,1986, Feb. Vol.19(3). P. 269-276.
63. Merrell K.W. (1990). Teacher Training of Hyperactivity and Self-Control in Learning-Disabled Boys: A Comparison With Low-Achieieving and Average Peers. *Psychology in Schools*, 1990, Oct, Vol.27(4). P.286-296.
64. Logue A.W. (1988). Research on Self-Control: An Integrating Framework.*Behavioral and Brain Sciences*, 1988, Dec., Vol. 11(4). P. 665-709.
65. Santiago A. The Science of Self-Control. Department of Philosophy Universad de los Andes (Colombia) , 2020. P.34.
66. Боришевский М. И. Психологические условия формирования самоконтроля в поведении у младших школьников : автореф. дис. ... канд. пед. наук по психологии. Москва, 1966. 20 с.
67. Боришевский М. И., Максименко С. Д. О саморегуляции поведения подростков в процессе учебной деятельности. *Вопросы психологии*. 1977. №3. С. 57-64.
68. Будницкая Г. Г. Развитие самоконтроля в практических действиях младших школьников. *Обучение и развитие младших*. Киев : Рад.школа, 1970. С. 210-215.
69. Глазырина В. М. Психологические особенности самоконтроля у младших подростков в процессе решения математических задач : автореф. дис. ... канд.психол. наук. Киев, 1985. 24 с.
70. Деркач Л. Н. Психологические основы самоконтроля учащихся в процессе обучения иностранным языкам : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. Киев, 1994. 43 с.
71. Derkach L., Maxymenko S. D. A New Approach in Psychological Research of Self-Control. 2-nd European Congress of Psychology. Abstracts. Vol.II. Individual Lectures. 8-12 July, 1991. P.453.
72. Долинская Л. В. Психологические особенности самоконтроля поведения подростков : автореф. дис. ... канд. психол. наук. 1979. 24 с.
73. Derkach. L. Self-Control Profiles and Online Learning of Psychology Students Under and After COVID-19: Achievements and Novel Perspectives. *European Humanities Studies: State and Society*. Issue 2. 2021. Poland-Ukraine. P. 214-231.
74. Деркач Л. Н.. Максименко С. Д. Индивидуальные особенности вербальной памяти школьников и ассоциативный эксперимент. *Психология учебной деятельности школьников*. Тезисы Второй Всесоюзн. конф. по педаг. психологии. Тула, 1982.

75. Деркач Л. Н., Пиндич М. Психолого-педагогические особенности самоконтроля в произвольной памяти студентов украинского отделения в условиях билингвизма. *Украинознание и гуманизация просвещения*. Днепропетровск : ДГУ, 1993. С.85-86.

76. Jeffrey B. Self-Control: Methodological Issues and Research Trends. *Self – Control: Power to the Person*, 1974. P. 168-199.

77. Аткинсон Р. Человеческая память и процесс обучения. Москва : Прогрес, 1980. 528 с.

78. Теплов Б.М. Способности и одаренность. *Ученые записки ГосНИИ и психологии*. Москва, 1947. Т.2. 422 с.

79. Выготский Л. С. Мышление и речь. *Собрание сочинений* : в 6 т. Т.2. Москва : Педагогика, 1982. С. 221-222.

80. Якутенко І. Воля та самоконтроль. Видавництво Фабула, 2019. Available at: <https://digest.bps.org.uk/category/methods/>

81. Лурія О. Р. Основи нейропсихології. Москва : Академія, 2002.

Азарков О.А.

доктор політичних наук, професор

професор кафедри психології

ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет»

АДАПТАЦІЯ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ «ЕКСТРЕННОГО ОНЛАЙН НАВЧАННЯ»

Важливе місце в психолого-педагогічних дослідженнях посідає питання адаптації особистості. В умовах російської військової агресії, COVID-19 – ця тема стає цікавою з точки зору взаємозв'язку між адаптацією особистості та її стійкістю до стресу в умовах екстреного онлайн навчання. У психології існує велика різноманітність визначень поняття «адаптації». Адаптація, як процес, передбачає взаємодію між декількома компонентами, які працюють разом, маючи спільну мету, а саме уникати дисбалансів, неузгодженостей і конфліктів у особистості. Тут можливо бачимо парадокс, який полягає в існуванні динамічного розвитку, який повинен забезпечити стабільність та функціональність у розвитку особистості. Сучасний період розвитку України в умовах російської агресії, COVID-19 сповнений соціальних змін, викликів та нестабільності, при цьому спостерігається зростання психоемоційних вимог до розвитку та функціональності особистості, які, з одного боку, мають відповідати цим змінам і, з іншого боку, зберігати власні переконання, цінності та внутрішньо-психічні установки. Нестабільність психосоціальних факторів гостро відчувається, особливо у студентів.

Перехід до університетського життя є етапом, який вимагає від учнів певної адаптації як на особистому, так і на академічному рівні. Зусилля, спрямовані на перехід до статусу студента, залежать, по-перше, від студента, а по-друге, від підтримки з боку викладачів, родичів, друзів тощо. Здобуваючи вищої освіти повинні адаптуватися до специфіки нових дисциплін і більш просунутих методів навчання, які представляють серйозні зміни в їх академічному та повсякденному житті. Ці зміни вимагають психологічної адаптації до нового середовища навчання та викладання. Вони вимагають постійної психоемоційної напруги як від студентів, так і від викладачів.

Питання адаптації студентів до вищої освіти досліджувалося в багатьох країнах, і кожен культурний контекст має певний шлях дослідження. Дослідження на цю тему розглядають причини труднощів адаптації студентів, вплив деяких моделей, які впроваджують навчальні заклади, і спостереження щодо можливих методів покращення. Зараз на цю тему пишеться багато робіт. Дослідження щодо адаптації студентів до академічного життя проводилися в багатьох країнах світу. У останніх дослідженнях адаптація студентів вивчається, як спосіб виявлення основних проблем студентів при переході до закладів вищої освіти та розвиток навичок (самостійне навчання, управління часом, критичне мислення тощо), які необхідні для швидкої адаптації до вищої освіти [42, с. 851-865]. Крім того, щоб покращити процес адаптації до академічного життя, слід проаналізувати адаптацію студентів з наступних чотирьох точок зору: студенти, які є частиною групи ризику, навчальний план, навчальні ресурси, розвиток персоналу [35]. Аналіз адаптації може проводитись в одних випадках шляхом вивчення кількісної змінної, тоді як в інших випадки, можливим є дослідження на якісному аспекті. Вивчення адаптації студентів умовно можливо поділяючи на чотири категорії: мотиваційна, комунікаційна, когнітивна та регулятивна.

Існують дослідження, які розглядали медичні аспекти адаптації: стрес і хвороби, які виникли внаслідок адаптаційного дефіциту. Були проведені дослідження, щоб виявити роль мереж соціальної підтримки в процесі адаптації, та інших методів подолання, пов'язаних з успішною адаптацією [19, с. 187-208].

Питання адаптації студентів було досліджено, зокрема, з точки зору ставлення студентів до того, як вони адаптувалися та як вони отримали підтримку в процесі інтеграції [4, с. 527-538]. Попередні дослідження підкреслили той факт, що для адаптації до академічного середовища студентам потрібні ряд навичок: саморегуляція, управління мотивацією, емоційний контроль та інші навички, які студенти повинні мати та розвивати. Від цих навичок залежить їхня адаптація до нових вимог і

успіх у навчанні. Оскільки процес адаптації до академічного життя базується на розвитку цілого ряду особистих і професійних здібностей (з кожним роком вони стають все більш просунутими), слід вже розглядати питання адаптація студентів до академічного середовища з точки зору стресостійкості та мотивації студентів долати проблеми. З цією метою слід проаналізувати процес адаптації з точки зору студентів, беручи до уваги, що ця адаптація має різну складність і залежить від однієї особи до іншого. Адаптацію студентів можна розглядати через наступні питання: програми навчання, ризик відрахування, внутрішній стан студента, думку студента про внесок викладачів у допомогу в процес адаптації, потреба студента у допомозі психолога.

Студенти під час навчання на перших курсах мають нижчий рівень адаптивності, що створює проблеми на академічному рівні. Зменшення адаптаційної здатності впливає на поведінковий рівень і рівень прийняття рішень. Дефіцит здатності до адаптації студентів тісно пов'язаний із звуженням сфери усвідомлення, зокрема психофізіологічних станів. А отже, виникає блокування у прояві творчого та інтелектуального потенціалу. Щоб це покращити, необхідно запропонувати учням практичні способи розвитку творчого потенціалу та стимулювання перебудови психофізіологічного стану.

Збереження та розвиток оптимальної адаптаційної здатності передбачає виявлення, усвідомлення та використання індивідуальних психологічних ресурсів особистості, тобто прояв і розвиток творчого потенціалу і, неявно, підвищення інтелектуальних можливостей студента. Для підвищення адаптивності та творчого потенціалу слід вважати важливою децентралізацію уваги з власної особистості назовні, на процес, об'єкт або діяльність. Завдяки децентралізації досягається усвідомлення потужності емоційного стану, щоб індивід міг відчувати позицію іншого індивіду, щодо власного емоційного стану.

Останнім часом університетам всього світу в тому числі і українським довелося перевести очне навчання в онлайн формат через COVID-19, до того ж в українському контексті процес навчання ускладнюється російською агресією та військовими діями. Кожен день українські студенти були змушені навчатися онлайн в умовах та середовищі не завжди комфортних: в гуртожитках, або в сім'ї, долати при цьому фактори, які максимально відволікали їх від опанування освіти. Ще одним негативним фактором виступав стрес, який виникав у студентів через ситуацію невизначеності [41]. Загалом ця непрогнозована зміна офлайн освіти на онлайн, яка ще отримала назву «екстрена дистанційна освіта», а згодом була названа «екстрене дистанційне навчання», визначило перед студентами багато проблем [21]. Водночас перехід до

дистанційної освіти надав студентам більше автономії, та сформував потребу контролювати власний процес навчання [14, с. 235–244]. Оскільки екстрена дистанційна освіта відрізняється від звичайної онлайн-навчання, важливо зрозуміти, як пристосуватися студентам до «екстреного дистанційного навчання» і за рахунок чого це може відбутися. Особливо це цікаво в аспектах саморегульованого студентами навчання, та різних стратегій студентської адаптації та навчання. Вивчення цих аспектів надасть можливість здійснювати індивідуальну підтримку студентів. Найбільш оптимальною методологією для аналізу є особистісно-орієнтований підхід.

В загальному вигляді сучасне розуміння особистісно-орієнтованого підходу представлено у дослідження Бергмана і Магнуссона [2, с. 850–888]. Слід зазначити, що особистісно-орієнтований підхід має дві грані: (1) теоретичний аспект і (2) методологічний аспект у формі методів, які найбільш природно є корисними при здійсненні особистісно-орієнтованого дослідження.

У холістично-інтераціоналістській дослідницькій парадигмі особистість розглядається як організоване ціле з елементами, що цілісно працюють для досягнення функціональності системи особистості в динамічному процесі з взаємодією між компонентами. Компоненти можуть бути різних типів, наприклад, поведінка, біологічні фактори, фактори навколишнього середовища тощо. Цей погляд пов'язаний з поглядом на динамічні системи, який існує в багатьох інших науках [26, с. 63–84].

Цей парадигмальний підхід можна застосовуватися майже до всіх досліджень окремих осіб, та слугувати основою для формулювання проблеми, дослідницької стратегії та методології, а також інструментарієм для інтерпретації результатів. Парадигма особистісно-орієнтованого підходу також може використовуватися між дослідниками в різних галузях психології, та між психологією та іншими науками. Багато основних теоретичних концепцій парадигми не є унікальними, але їх поділяють низка науковців, які вважаються прибічниками теорії розвитку особистості, наприклад Кічетті Д., бачить в особистісно-орієнтованому підході нарис нової науки про розвиток особистості у майбутньому [13, с. 1–23].

Теоретичні концептуалізації особистісно-орієнтованого підходу ґрунтуються на цілісно-інтераціоналістській дослідницькій парадигмі, а її основні принципи представлені у Л. Бергмана та Д. Магнуссона [3, с. 291–319]. Особистісно-орієнтований підхід представлений чотирма принципами у наступній модифікованій формі.

1) Концептуальною моделлю процесу розвитку особистості є цілісно-інтераціоналістська парадигма дослідження. Отже, процес частково є індивідуальним.

2) Існує ієрархія рівнів процесу (наприклад, система факторів, який індивід переживає самотійно, вони працюють, як система індивідуальних особливостей, що взаємодіють з ситуаційним контекстом). Є узгодженість структур в розвитку і функціонуванні системи особистості на різних рівнях.

3) Процес розвитку діє у відповідності із законами, які стосуються організованих структур та функціонує, як модель діючих факторів. Вважається, що ці закони мають відношення до спільнот, але не можна вважати, що ці закони регулюють діяльність окремих осіб.

4) У процесі розвитку «типові шаблони» компонентів, які можна спостерігати у системах часто виникають як всередині індивіда, так і між індивідами. Л. Бергман і Д. Магнуссон наголошують на тому, що теоретично існує нескінченна різноманітність відмінностей, щодо характеристик процесів і станів, які можна спостерігати на індивідуальному рівні. Часто можна зафіксувати невелику кількість моделей, які часто можливо спостерігати («загальних типів»), якщо розглядати їх у більш глобальному плані та рівні. Вони підтверджують це припущення та пояснюють, чому його слід перевіряти на емпіричних даних. Визначені «типові моделі» мають подібність до «атракторів», які вивчаються в дослідженні динамічних систем [3, с. 291– 319].

Особистісно-орієнтований парадигмальний підхід при використанні для аналізу адаптації студентів та стратегій навчання під час екстреного онлайн навчання, як методології дослідження матиме два важливі наслідки.

1) Методологія дозволяє робити висновки про конкретну особистість, щодо її адаптації та стратегії навчання в умовах екстреного онлайн навчання. Загальні методи, орієнтовані на змінні, що застосовуються до міжіндивідуальних емпіричних даних, зазвичай не відповідають цій вимозі.

2) Методологія дає змогу робити висновки, щодо особи та закономірностей її функціонування в умовах екстреного онлайн навчання. Зазвичай це може бути досягнуто шляхом обробки ключового шаблону, що визначає специфіку системи (зазвичай, як вектор змінних значень), як неподільну одиницю в аналізі. Існує так званий «Парадокс Міля», який ілюструє той факт, що не можна автоматично вважати, що кореляційна матриця або матриця дисперсії-коваріації містить всю відповідну інформацію про зв'язки, які існують у наборі даних. Це стосується стандартних додатків моделювання структурних рівнянь [34].

Отже, особистісно-орієнтований підхід дозволить проаналізувати профілі адаптації студентів, та визначити оптимальні стратегії навчання студентів в умовах екстреної онлайн освіти.

Особливо важливим є той факт, що особистісно-орієнтований підхід враховує автономію особистості, це основний момент ефективності впровадження стратегій навчання. Як в офлайн так і в онлайн-середовищі вищої освіти в Україні, студенти університетів вже достатньо давно мають значну автономію. Їм потрібно планувати, контролювати власний процес навчання, конструювати індивідуальну траєкторію навчання, самонавчатися і, відповідно, активно включатися до саморегульованого навчання. У саморегульованому навчанні можна визначити три основні стратегії навчання: когнітивні, метакогнітивні та стратегії управління ресурсами [18]. Когнітивні та метакогнітивні стратегії використовуються для обробки інформації, моніторингу та контролю навчання, тоді як стратегії управління ресурсами використовуються для створення оптимальних умов навчання для студентів. Стратегії управління ресурсами стосуються управління зовнішніми ресурсами (організації робочого місця і т.п.), а також управління та регулювання внутрішніх ресурсів (управління часом, мотивація).

Неочікуваний перехід до «екстреної дистанційної освіти» під час COVID-19, та особливо в контексті війни в Україні, у поєднанні із зовнішніми факторами стресу, невизначеністю ситуації, розсіювання уваги студентів через відсутність необхідних умов для навчання, та зниження інтенсивності їх соціальної взаємодії зумовив вищий рівень автономії студентів [41]. При цьому стратегія управління ресурсами зіграла важливу роль в успішній адаптації студентів до «екстреної дистанційної освіти». Українські студенти опанували ефективні когнітивні та метакогнітивні стратегії емпіричним шляхом, але їм довелося швидко адаптувати ці стратегії, щоб застосувати їх у новій ситуації. Логічним є той факт, що ефективні стратегії управління ресурсами позитивно впливають на когнітивні, емоційні та мотиваційні аспекти навчання.

Що стосується стратегій когнітивної та управління ресурсами, зокрема управління часом, вони є ефективними як у очному так і онлайн навчальному середовищах. Стратегія управління ресурсами (організація навчального часу та мотивація до навчання) позитивно впливає на адаптацію до навчання студентів, що може бути показником їх важливості в адаптації до «екстреного дистанційного навчання».

Однак адаптація до автономії та успішне застосування стратегії управління ресурсами є важким завданням для багатьох студентів. «Екстрене дистанційне навчання» під час COVID-19 та в умовах війни

передбачає навчання українських студентів в далеких від оптимальних умов приміщеннях та соціальну ізоляцію, що створює більше навантаження на реалізацію стратегії управління ресурсами. Оскільки студенти не мають доступу до свого звичайного навчального середовища, такого як бібліотека, чи інші університетські будівлі, вони можуть мати проблеми з пошуком навчального місця, що потенційно впливає на їх саморегуляцію у навчанні. Крім того, порівняно зі звичайним онлайн-навчанням, зміна екстреного дистанційного навчання під час COVID-19 та війни не була добровільною – це негативно вплинуло на навчальну мотивацію студентів. Крім того, враховуючи раптовий перехід до онлайн освіти, студенти не завжди мають доступу до всіх технічних ресурсів (наприклад, стабільне підключення до Інтернету) або підтримку від педагогічного колективу та студентського середовища. Процеси саморегуляції в освіті студентів, включно зі стратегіями управління ресурсами, різняться залежно від людини до людини, крім того, студенти з кращими навичками саморегулювання навчання мають вищу академічну успішність [28, с. 42–68]. Враховуючи індивідуальні відмінності в саморегульованому навчанні, українські студенти по-різному реагують на надзвичайну ситуацію дистанційного навчання: деяким студентам важко зосередитися на навчанні, тоді як інші можуть подвоїти свої зусилля, щоб впоратися з новим викликом та умовами навчання. Це узгоджується з соціальною когнітивною структурою саморегуляції, яка передбачає саморегульоване навчання як взаємодію між особистими, поведінковими та антропогенними факторами.

Навчання в українських університетах здійснюється в різних умовах (це обумовлено військовими діями) і процеси саморегуляції навчання можуть відрізнятися залежно від контексту. Студенти з найвищими оцінками мають найвищі рівні управління часом, регулювання зусиль і мотивації, тобто індивідуальні підходи до навчання впливають на продуктивність.

В загальному вигляді всіх українських студентів в контексті адаптації до «екстреного дистанційного навчання», та спираючись на особистісно-орієнтований підхід, можна розподілити на чотири профілі: високий рівень адаптації, середній рівень адаптації, низький рівень адаптації, критично низький рівень адаптації [30].

Загалом студенти, яких можна віднести до профілю з високим рівнем адаптації ефективно використовують підвищений рівень автономності та самоналаштування до освіти: ефективно використовують наявні ресурси, краще планують свої дні та складають власний розклад навчання, краще контролюють свій час. Можливість дивитися лекції у власному темпі дозволяє студентам перевіряти своє розуміння, та вчитися

в той час, коли вони більш продуктивні. Це позитивно впливає на їх регуляцію уваги та зусиль, а також на управління часом.

Студенти із середнім рівнем адаптації цінують комфорт навчання вдома та економію часу, мають труднощі залишатися зосередженим і мотивованим поза межами свого звичайного навчального середовища, відчують брак комунікації з викладачами та одногрупниками. Критикують «екстрену онлайн освіту» як менш інтерактивну та ефективну, ніж система офлайн освіти. Тим не менш, багато з них виявляють розуміння унікальності ситуації, та високо оцінюють комунікацію університету, викладачів та кураторів.

Студенти із низьким рівнем адаптації негативно ставляться до «екстреного дистанційного навчання» та загального онлайн-навчання. Стосовно регуляції уваги ці студенти мають труднощі з концентрацією та зосередженням через те, що на них впливає багато факторів, що відволікають їх увагу вдома: перебування в Інтернеті, та відсутність доступу до інформаційних матеріалів навчального закладу. Регулювання зусиль, щодо навчання ними сприймається достатньо важко; проведення довгих годин перед екраном і проблеми з підключенням до Інтернету сприймається студентами, як напруження. У цих студентів мотивація зазнає негативного впливу через відсутність соціалізації, та взаємодії з іншими; деякі студенти відчують себе ізольованими та пригніченими. Відсутність зовнішньої структури підтримки, та організації також негативно впливає на їхню мотивацію. Збільшене робоче навантаження та стрес для цих студентів є помітними; ці студенти не відчують впевненості, щодо успішного складання онлайн-іспитів і додаткових завдань та достатньої підтримки з боку університету.

Студенти із критично низьким рівнем адаптації свій загальний освітній досвід, щодо «екстреної онлайн освіти», оцінюють як негативний; вони мають великі труднощі з регуляцією уваги, мотивацією, та управлінням часом. Як правило відчують посилення стресу та навантаження, зниження мотивації до навчання через відсутність взаємодії з одногрупниками, загального освітнього досвіду. Їх витрати часу та зусиль не корелюють з їх рівнем навантаження та втоми. Цей тип студентів сприймає підвищення рівня самостійності та саморегуляції, як тягар. Хоча вони цінують економію часу та навчання вдома в комфортній обстановці, їм важко регулювати свої ресурси під час самостійного навчання.

Загалом всі адаптаційні профілі студентів під час «екстреного онлайн навчання» мають більше труднощів в управлінні своїм часом, регулюванням уваги, зусиль і менш мотивовані, ніж під час офлайн навчання. Крім того, в середньому, студенти витрачають більше часу та

зусиль на самонавчання. Відповідно до труднощів в управлінні своїми ресурсами, студенти відчують зниження стимулів до навчання та брак загального досвіду освіти. Враховуючи унікальність ситуації та індивідуальні відмінності в саморегульованому навчанні студенти відрізняються за своїми здібностями і підходами до адаптації у надзвичайній ситуації дистанційного навчання [16].

Чотири профілі адаптації студентів до екстреного онлайн навчання (високий рівень адаптації, середній рівень адаптації, низький рівень адаптації, критично низький рівень адаптації) дозволяють застосувати диференційований погляд на способи адаптації студентів до екстреного дистанційного навчання.

Студенті із високим рівнем адаптації найкращим чином мімікрували до нової ситуації: ці студенти більш мотивовані та краще здатні регулювати свою увагу, зусилля, і час, ніж раніше. Водночас ця група також витрачає більше часу та зусиль у самонавчання. У студентів цього профілю досвід навчання онлайн залишається відносно стабільним порівняно з офлайн навчанням. У деяких студентів виникають труднощі із розподілом часу та зусиль, в той час як іншим більше труднощів виникає щодо уваги та мотивації. Ця багатовимірність стратегій управління ресурсами передбачає індивідуальний підхід до підтримки студентів.

Більшість студентів, як правило, відносяться до профілю із середнім рівнем адаптації. Хоча їх увагу під час «екстреного онлайн навчання», регуляція та мотивація є нижчою порівняно з офлайн навчанням, здатність студентів регулювати свої зусилля та керувати своїм часом істотно не змінилась.

Студенти із низьким рівнем адаптації переживають труднощі адаптації до «екстреного дистанційного навчання». Ці студенти менш мотивовані та менш здатні зосередитися, керувати своїм часом і регулювати свої зусилля. У той же час, вони витрачають більше часу та зусиль на самонавчання, тоді як студенти із критично низьким рівнем адаптації, продемонстрували зменшення витрат часу та зусиль на самонавчання. Обидві групи освітній досвід «екстреного онлайн навчання» оцінюють як гірший, ніж той, які вони отримали під час офлайн навчання, а їхня залученість є низькою, що вказує на те, що студенти цих профілів не можуть адаптуватися до екстреного дистанційного навчання.

У той час студенти із критично низьким рівнем адаптації можуть отримати користь від соціальної взаємодії, їм може знадобитися більше підтримки в управлінні стресом. Це доводить необхідність застосування особистісно-орієнтовані підходу до саморегульованого навчання та мотиваційних профілів шляхом визначення різних підгруп, що

варіюються від високої до низької адаптивності щодо стратегій управління ресурсами [45, с. 671–688].

Студенти всіх профілів позитивно оцінюють можливість запису онлайн лекцій та навчання вдома. Проте якість взаємодії та рівень активного навчання під час навчання вдома відрізняються. У той час як студенти із високим рівнем адаптації можуть навчатися у своєму власному темпі, відтворювати та призупиняти онлайн-лекції, щоб відстежувати та контролювати своє розуміння, студенти із критично низьким рівнем адаптації, радше цінують комфорт перебування вдома та відсутність необхідності втрачати час на поїздки в університет. Цей висновок ілюструє різницю між студентами в їхній здатності ефективно застосовувати стратегії саморегульованого навчання, зокрема стратегії управління ресурсами. Відсутність доступу до навчальних закладів, та структурних підрозділів університету є явним недоліком «екстреного онлайн навчання», який перешкоджає регуляції уваги та зусиль студентів.

Більшість студентів не можуть скористатися вищим рівнем автономії, пов'язаним із «екстреним дистанційним навчанням», хоча саме автономія є дуже важливою при отриманні навичок для академічних досягнень в онлайн-навчанні, тому необхідно підтримувати таких студентів у їхньому саморегульованому навчанні [37, с. 72–89]. Різниця між студентами в їхній здатності адаптуватися до екстреного дистанційного навчання може бути додатково пояснена особистісними факторами. Студенти в профілі з високим рівнем адаптації в своїй більшості почуваються безпечніше, коли приймають участь в онлайн-освіті. З іншого боку, більш екстравертні студенти можуть більше страждати від ізоляції та обмеженої співпраці в навчанні. Є прямий зв'язок між адаптацією до освіти і віком, так студенти старших курсів більш адаптивні до онлайн освіти [23, с. 1–13]. Вік може бути основою для збільшення досвіду опанування вищої освіти і, отже, для кращої здатності до саморегулювання. Спеціальна підтримка з боку університету, залежно від здатності адаптуватися до «екстреного дистанційного навчання», може бути корисною.

Студентам всіх чотирьох профілів відчують нестачу соціальних контактів, та взаємодії зі своїми викладачами та однолітками. Зменшення співпраці з університетом менше мотивує студентів порівняно з очним навчанням. Спілкування онлайн і співпраця, особливо під час пар, сприймається студентами, як більш напружена через тривалий час знаходження перед екраном і відсутність невербального спілкування. Ці висновки перевертаються з проблемами змішаного навчання, та онлайн-навчального середовища, наприклад, посилення почуттів ізоляції та незацікавленості, а також відчуття відчуженості та ізоляції студентів під

час онлайн-навчання [33, с. 73–81]. Соціальну взаємодію в онлайн-середовищі можна покращити шляхом збільшення використання синхронної комунікації, та виділення часу на формування почуття єдності студентів. Для того, щоб створювати та підтримувати академічні спільноти та соціальні відносини, необхідно створити базис, обережно спілкуватися та співпрацювати та поєднувати обидва синхронний і асинхронний контакт з викладачами та одногрупниками.

Студенти з профілями з низьким та критичним рівнем адаптації мають загальну невідповідність між їхнім досвідом роботи в Інтернеті та офлайн. Їхнє негативне ставлення відображається на загальному освітньому досвіді. Таким чином, при переході від очного навчання до онлайн-навчання важливо керувати переходом і реалізовувати очікування студентів і викладачів щодо онлайн-формату. Більшість студентів також відчують збільшення навчального навантаження та витрачають більше часу на самонавчання. Вони відчують стрес, пов'язаний з іспитом, і невизначеність щодо завдань. Управління очікуваннями студентів, щодо онлайн-формату та способу структурування іспитів за допомогою додаткового управління та спілкування зменшує стрес і навантаження.

Хоча багато студентів відчують труднощі з управлінням своїми ресурсами та саморегульованим навчанням визначені профілі адаптації (високий рівень адаптації, середній рівень адаптації, низький рівень адаптації, критично низький рівень адаптації) дають змогу зосередитися на сприянні онлайн-співробітництву та соціалізації студентів для подолання почуття їх ізоляції, керування увагою та регулювання зусиль під час самостійного навчання та управління очікуваннями студентів щодо онлайн-навчання.

Визначені адаптаційні профілі дають можливість сконцентруватись на стратегіях навчання студентів в умовах «екстреного онлайн навчання». Перехід від середньої школи до університету може є захоплюючим і складним водночас. З одного боку, вступ до вищої освіти може здаватися навчанням без обмежень через високий рівень автономії. З іншого боку, студенти можуть відчувати себе перевантаженими, коли їм потрібно вивчити, зберегти та застосувати великий обсяг інформації, особливо в умовах онлайн навчання. Як автономія, так і управління великою кількістю інформації вимагають від студентів саморегулювання свого навчання: їм потрібно планувати, контролювати своє навчання здебільшого поза аудиторією під час самостійного навчання [46, с. 64–70; 28, с. 42–68]. Саморегульоване навчання та ефективне використання цієї стратегії навчання є важливими для успішного навчання протягом усього життя та досягнення успіх у студентів [38, с. 353–387].

В останні десятиліття дослідження в галузі когнітивної психології та наук про навчання має глибоке розуміння стратегій навчання та їхньої ефективності. Тим не менш, значна кількість студентів вищих навчальних закладів часто використовують неефективне навчання, особливо при виборі стратегії підготовки до іспиту. Наприклад, більшість студентів перечитують свої записи, виділяють найважливіші пункти і намагаються запихати все в пам'ять, часто незадовго до іспиту. Отже, студенти виходять на екзамен з досить дрібними знання і схильні швидко забувати щойно вивчену інформацію. Як і раніше знання є головним базисом успішного майбутнього навчання, студентам може бути важко продовжувати та розвивати знання, враховуючи їх поверхнєве розуміння навчального матеріалу. Тому це актуальне питання, як перевести емпіричні дані щодо ефективних стратегій навчання на застосовні практики, які зможуть підтримати студентів вищої освіти для більш ефективного їх навчання.

Це стосується використанні більш ефективних стратегій навчання під час самостійного навчання студентів. Саморегульоване навчання описує процес, за допомогою якого студенти планують, контролюють пізнання, поведінку та мотивацію для досягнення цілей навчання [46, с. 64–70]. Різні моделі саморегульованого навчання концептуалізують саморегульованого навчання у різних фазах і процесах, але більшість моделей включають три етапи [36]. На підготовчому етапі студенти аналізують навчальне завдання та ставлять цілі щодо того, що і як вивчати. На етапі виконання студенти відстежують і контролюють своє навчання та прогрес у досягненні мети. На етапі рефлексії студенти розмірковують над тим, як досягти мети, і зрештою адаптують свої навчальні стратегії, чи цілі для наступного навчального заняття. Цей процес є циклічним, у якому студенти використовують різноманітні стратегії для контролю та регулювання свого навчання. Ці стратегії можна розділити на три основні категорії: когнітивні стратегії, метакогнітивні стратегії та ресурсні стратегії управління [9, с. 417–450].

Когнітивні стратегії використовуються для вибору та структурування інформації, яку потрібно вивчити, для пошуку та встановлення зв'язку нової інформації з попередніми знаннями, а також для опрацювання, або повторення отриманих знань [43, с. 302–313]. Метакогнітивні стратегії стосуються стратегій, які використовуються для моніторингу свого розуміння та контролю за застосуванням когнітивних стратегій. Це включає, наприклад, встановлення цілей перед навчанням, або моніторинг розуміння під час навчання. Стратегії управління ресурсами стосуються керування зовнішніми ресурсами, такими як організація робочого місця, чи управління часом, внутрішніми ресурсами,

увагою, зусиллями та мотивацією [17]. Стратегії управління ресурсами необхідні для початку та продовження навчання, а також для боротьби з відволіканням та прокрастинацією. Однак не всі когнітивні стратегії навчання є ефективними для довгострокового навчання. Лише частину із безлічі стратегій навчання студенти можуть використовувати для ефективної обробки інформації, стимулювання стійкого отримання та збереження інформації у довгостроковій перспективі. Використання неефективних стратегій навчання може погіршити успішність студентам і навчання протягом усього життя. Найефективніші стратегії навчання об'єднує те, що вони створюють так звані бажані труднощі [5, с. 475-479]. Складні стратегії навчання роблять початкове навчання більш складним і трудомістким, але покращують утримання, розуміння та передачу в довгостроковій перспективі знань. Наприклад, у розподіленій практиці студенти розділяють навчальні сесії в часі, та структурно повторюють навчальний матеріал [12, с. 354–380]. Під час практики поєднання знань студенти змішують споріднені теми в одному навчальному занятті, а не вивчають одну тему за раз. Іншим прикладом є практика пошуку, під час якої студентам необхідно активно витягувати інформацію з пам'яті, наприклад, вивчаючи картки, або складаючи практичні іспити. Виявилось, що процес активного отримання інформації з пам'яті набагато ефективніший порівняно з досить пасивними стратегіями, такими як перечитування [39]. Така ефективність в основному пояснюється двома механізмами. Процес пошуку стимулює студентів активувати пов'язану інформацію в довготривалій пам'яті. Пошукові зусилля, можуть бути успішні, а складний пошук призводить до кращого збереження інформації, ніж успішний, але більш легкий пошук. Вважається, що старанний розумовий пошук у пам'яті для отримання інформації змінює уявлення в пам'яті і сприяє подальшому пошуку. Однак найкращий ефект від практики пошуку з'являється лише через декілька днів. Цей відстрочений ефект і трудомістке пошук ускладнюють студентам оцінку переваг практики пошуку, оскільки їх досвід навчання відрізняється від фактичного навчання.

Декілька аспектів складних стратегій навчання можуть пояснити, чому багато студентів не використовують ці ефективні стратегії навчання під час самостійного навчання. Як уже зазначено вище, по-перше, досвід під час навчання може вводити в оману студентів, змушувати їх повірити, що неефективна стратегія є ефективною. Студенти прагнуть судити про ступінь власного навчання на основі свого суб'єктивного досвіду, наприклад відчуття вільного володіння кодуванням інформації, яку потрібно вивчити [20, с. 567-586]. Наприклад, повторне читання тексту після початкового читання призводить до відчуття, що інформація

знайома під час кодування у тих, хто навчається, і навіть це сприяє кращому пригадуванню тексту, якщо провести негайний тест на пам'ять. Цей спосіб отримати інформацію з тексту є набагато складнішою операцією, ніж перечитування, але призведе до кращої продуктивності запам'ятовування. Через невідповідність між досвідом навчання та реальним навчанням, студенти часто переоцінюють ефективність обраних ними стратегій.

Багатьом студентам бракує точних метакогнітивних знань про реальне ефективність різних стратегій навчання. Існують міфи про навчання, наприклад міф про стиль навчання, який передбачає, який присутній серед студентів та викладачів і впливає на судження студентів про те, як найефективніше навчатися [27]. Звернення до цих міфів і ідіосинкратичних уявлень про те, як відбувається навчання, необхідне для протидії неточним знанням. Однак, студенти майже не отримують інструкцій щодо ефективних стратегій навчання. Навчальні програми, як правило, підкреслюють набуття знань на основі змісту, а не навчання тому, як вчити цей контент найбільш ефективно. Без усвідомлення бажаного існують труднощі, однак студенти, швидше за все, продовжуватимуть використовувати менш ефективні стратегії навчання, як очікувано, оскільки витрати сил на складні стратегії навчання переважають їх сприйману корисність.

Саморегульоване використання складної стратегії навчання є достатньо кропіткою справою. Дослідження показали, що навіть якщо студенти знають про ефективність практичного тестування, або розподіленої практики, вони все ще не наважуються фактично застосовувати ці стратегії [8]. Застосування знань у дії вимагає зусиль, свідомої практики та зміни поведінки з часом. Крім того, є й більш практичні міркування, пов'язані зі стратегіями управління ресурсами. Наприклад, під час застосування практики пошуку студентам потрібні практичні запитання, які не завжди доступні. Викладачі часто утримуються від надання завдань, питань, які входили до складу минулих іспитів. У такому випадку студентам потрібно буде спершу згенерувати власні запитання, перш ніж вони зможуть практикувати пошук із цими самостійно створеними запитаннями. Хоча є деякі дослідження (з неоднозначними доказами) про вплив одночасного створення запитань і відповідей на навчання, мало відомо про вплив практики пошуку за допомогою запитань, які генеруються самостійно. Потрібні додаткові емпіричні дослідження, щоб зрозуміти, як можна ефективно розробити практичні рішення щодо підтримки студентів у використанні практичного тестування [22, с. 191–198].

Підсумовуючи вищесказане слід сказати, що студенти мають труднощі самостійного застосування ефективних стратегій навчання, в цьому зв'язку видається надзвичайно важливим не тільки безпосереднє навчання студентів ефективним стратегіям навчання а і тому, як їх застосовувати.

В останні роки було розроблено кілька навчальних програм, які спрямовані на вдосконалення загальних саморегульованих навичок навчання, тобто на «розумне навчання» [44, с. 1127–1149]. Саморегульоване навчання також може бути безпосередньо активовано через прямі інструкції щодо того, чому, як і для чого використовувати стратегію, або опосередковано активовано шляхом створення сприятливого навчального середовища, включаючи, наприклад, активацію попередніх знань, або кооперативне навчання. Пряма стратегічна інструкція було визнано більш ефективним для підтримки саморегульованого навчання, ніж непряме навчання через навчальне середовище. Метааналітичне дослідження показало позитивний вплив стратегій розширених навчальних програм із прямим навчанням на академічну успішність та мотивацію [15, с. 489–533].

В освітній практиці саморегульоване навчання здебільшого активізується опосередковано, а навчання часто зосереджується лише на когнітивних стратегіях, нехтуючи також важливістю прямого навчання метакогнітивним стратегіям і стратегіям управління ресурсами [15, с. 489–533]. Крім того, більшість із цих програм зосереджені на учнях початкової та середньої школи або на стратегіях навчання, спрямованих на певні сфери, такі як читання, письмо чи математика. Нарешті, існуючі навчальні програми саморегульованого навчання явно не розглядають ефективність різних когнітивних стратегій навчання для довгострокового навчання, як, наприклад, звертатись до знань і переконань студентів щодо можливості використання більш складної стратегії навчання. Враховуючи всі виклики, пов'язані із застосуванням складних стратегій навчання, з одного боку, та їх переваги для тривалого навчання, з іншого боку, дуже важливо безпосередньо розглянути це питання в стратегії навчання.

У межах прямого стратегічного навчання можна виділити підходи, що ґрунтуються на теорії та на досвіді. Ці підходи спрямовані на розширення знань студентів про ефективні стратегії навчання та підтримку їх сталого та саморегульованого використання. У підходах, заснованих на теорії, студенти отримують пряму інформацію про стратегії навчання. Це включає знання про ефективні стратегії навчання (які стратегії є ефективними в довгостроковій перспективі навчання), умовні або метакогнітивні знання (знання про те, коли і чому конкретна стратегія ефективна) і процедурні знання (як використовувати стратегію) [29,

с. 959–972]. Інформування студентів про ефективність і мнемічні переваги практики пошуку спонукають студентів використовувати цю практику пошуку через тиждень. Таким чином можна стверджувати, що усвідомлення того, які стратегії є (не)ефективними та з якою метою вони існують, а також знання того, як їх використовувати, є першим кроком до успішного саморегульованого використання ефективних стратегій навчання.

Крім того, як згадувалося вище, сильні попередні переконання та оманливий суб'єктивний досвід заважають студентам виправити свої метакогнітивні ілюзії. Цей аспект потребує настанов, щоб розпізнати диференційовану ефективність стратегій і розвинути точні метакогнітивні знання, розмірковуючи над протиріччям між досвідом навчання, та реальним навчанням. Таким чином, щоб допомогти студентам розвинути чіткі переконання, потрібен підхід, що ґрунтується на досвіді, який дозволить студентам безпосередньо відчувати наслідки ефективного та неефективного навчання [32, с. 1363–1381]. Щоб подолати розрив між знаннями та практикою необхідний розумний супровід та підтримка практики.

Студенти, можливо, отримали метакогнітивні знання, але все ще не можуть застосовувати стратегії під час самостійного навчання. Аспектом керованої практики, виходячи із досліджень, поки що нехтували в тренінгах зі стратегій навчання. Крім того, невідомо, як найкраще забезпечити навчання студентів стратегіям навчання, та які виклики постають перед вищими навчальними закладами, які хочуть підтримувати студентів у контексті «розумного навчання».

Успішне саморегульоване навчання включає не лише застосування ефективних когнітивних і метакогнітивних стратегій навчання під час самонавчання, але також передбачає адаптацію до мінливих обставин і успішне реагування на виклики, що виникають у різних навчальних середовищах. В останні роки навчальне середовище України відчуло перехід від навчання офлайн до навчання онлайн (через пандемію COVID-19, та російську військову агресію), що визначило багато контекстуальних проблем у навчанні.

Щодо адаптації до раптово змінних обставин навчання, таких як надзвичайна дистанційна освіта стратегії управління ресурсами відіграють важливу роль у регулюванні когнітивних, емоційних і мотиваційних аспектів навчання.

Застосування стратегій управління ресурсами, таких як управління часом, може дозволити студентам згодом успішно застосовувати когнітивні та метакогнітивні знання стратегії під час навчання. Оскільки

навчання відбувається в певних контекстах, процеси саморегуляції відрізнятимуться залежно від контексту.

Вступаючи до вищих навчальних закладів, студенти стикаються з проблемою саморегулювання свого навчання. Очікується, що студенти будуть самостійними та плануватимуть і контролюватимуть власне навчання в новому контексті, менш керованому, ніж у середній освіті [17, с. 454–470]. Використання ефективних стратегій навчання під час самостійного навчання має вирішальне значення для позитивних довгострокових результатів навчання та академічних досягнень [10, с. 1–26].

Проте більшість студентів покладаються на неефективні стратегії, такі як перерхитування. Студентів легко ввести в оману метакогнітивними ілюзіями та помилково інтерпретувати короткострокову продуктивність, або легкість обробки як надійний показник довгострокового навчання. Як наслідок цього протиріччя між досвідом навчання та фактичного навчання, студенти надмірно впевнені у своїх власних стратегіях навчання щодо успішності і часто вважають неефективні стратегії навчання як ефективні [31, с. 462–76].

Дослідження останніх років з когнітивної психології акцентують увагу на необхідності впровадження в навчання стратегій, які покращують ефективне навчання в довгостроковій перспективі, наприклад стратегії розподіленої практики та практики пошуку [1, с. 659–701]. Проте багатьом студентам університету важко розробити ефективні стратегії навчання. Однією з потенційних причин є те, що ефективні стратегії навчання є надто складними для реалізації: вони вимагають більше зусиль під час початкового навчання, але сприяють довгостроковим результатам навчання та перенесенню в інші контексти [6, с. 417–444]. Без точних метакогнітивних знань (тобто знання про те, чому та які стратегії навчання є корисними для довгострокового навчання), студенти, ймовірно, продовжуватимуть використовувати пасивні та неефективні стратегії під час самостійного навчання. Створення обізнаності про ефективні стратегії навчання, заохочення до роздумів над труднощами у навчанні та надання можливості студентам ознайомитись з протиріччям між досвідченим навчанням та реальним навчанням може покращити метакогнітивні знання та фактичне використання ефективних стратегій під час самостійного навчання [24, с. 471–479].

Стратегії навчання практики пошуку та розподіленої практики наразі мають емпіричне підтвердження, вони сприяють покращенню якості довгострокового навчання та усувають можливі труднощі, які виникають під час навчання. Практика пошуку означає стимулювання активного пошуку інформації в пам'яті, наприклад, виконання практичних тестів,

або опитування за допомогою карток. Практика пошуку покращує довготривале запам'ятовування в порівнянні з перечитуванням матеріалу за той самий проміжок часу. Розподілена практика стосується розподілу навчання в часі та повторення навчального матеріалу на різних навчальних сесіях. Це відноситься до конкретного розкладу навчання, а не до конкретного виду навчання. Пов'язаною стратегією є практика чергування, яка стосується перемикання уваги між темами під час одного навчального заняття [7, с. 165–170].

Іншими ефективними стратегіями, які заохочують активну обробку інформації та забезпечують зворотній зв'язок щодо розуміння, є стратегії уточнення і самопояснення. Студенти пояснюють вивчене матеріалу, відповідаючи на запитання «чому» і «як». Стратегія самопояснення вимагає від студентів пояснювати проблеми? чи поняття самим собі під час навчання. Ці стратегії стимулюють створення значущих зв'язків між навчальним матеріалом та іншою інформацією (наприклад, попередніми знаннями) і підтримують метакогнітивний моніторинг [40, с. 363–379].

На відміну від згаданих вище стратегій, більш пасивні стратегії, такі як виділення головного, або перечитування, полегшують процес навчання та формують хибні метакогнітивні судження студентів [25, с. 469–486]. Студенти ґрунтують свої судження про навчання на їх легкості обробки, що створює ілюзію вільного оволодіння навчальним матеріалом. Завдяки хибному досвіду під час навчання студенти схильні до вибору пасивних, неефективних стратегій навчання, переоцінка того, що було зафіксовано у пам'яті та недооцінки того, що у пам'яті не зафіксовано. Надмірна впевненість у легкому навчанні може негативно вплинути на навчальну поведінку та успішність студентів [6, с. 417-444]. Таким чином, коректне метакогнітивне знання може підтримувати студентів у саморегульованому використанні ефективних стратегій навчання.

Науковці досліджували методи покращення метакогнітивних знань і заохочення до використання ефективних стратегій навчання у вищій освіті [11]. Поєднання методів, заснованих на теорії (тобто надання інформації про протиріччя між досвідом навчання та реальним навчанням) і методів, заснованих на досвіді (тобто різниця між двома стратегіями навчання), є важливим для покращення метакогнітивних знань. Студентів слід проінформувати про ефективність і мнемонічні переваги повторної практики пошуку, щоб це спонукало студентів використовувати практику пошуку.

Студенти на першому курсі студенти мають отримувати знання про прикладне тренування пам'яті. Студенти, які отримували безпосереднє навчання з питань прикладного навчання та тренування пам'яті мають вищі метакогнітивні знання, ніж неінструктовані студенти, які лише

відвідували загальний вступний курс психології. У стратегіях навчання, які засновані на досвіді, студенти відчують переваги складної стратегії навчання порівняно з повторним читанням, що покращує знання студентів про переваги цієї стратегії та мотивує студентів використовувати цю стратегію під час наступного навчання. Особливо позитивний вплив здійснює стратегія пошуку, та розподіленої практики на результати іспитів, якщо ці стратегії застосувати в групі.

Більшість досліджень, вивчають короточасні ефекти в контрольованому навчальному середовищі, а не під час самонавчання. Небагато експериментів включають мета-аналіз, який був проведений в аудиторії [1, с. 659–701]. Це демонструє важливість дослідження того, як перевести докази з лабораторних досліджень у освітню практику, а також досліджень, спрямованих на те, щоб мотивувати студентів використовувати ефективні стратегії навчання в реальних освітніх умовах. Багатьом студентам важко змінити старі стратегії навчання на більш ефективні. Стійкі попередні переконання, та оманливий суб'єктивний досвід є перешкодами для виправлення метакогнітивних ілюзій. Таким чином, для покращення метакогнітивних знань і, у свою чергу, заохочення фактичного їх використання потрібне чітке розмежування, щодо визначення відмінностей між ефективними та неефективними стратегіями навчання.

В цілому питання залишається відкритим, якою мірою інформування студентів про переваги ефективних (але бажано складних) стратегій навчання та надання студентам можливості зрозуміти протиріччя між досвідом навчання і фактичним навчанням. Інформування про ефективні складні стратегії навчання може покращити метакогнітивні знання та стимулювати використання стратегії під час самонавчання в довгостроковій перспективі. Крім того, досі невідомо які фактори мотивують або заважають студентам фактично використовувати ефективні стратегії навчання під час самостійного навчання.

Інформування студентів про ефективні стратегії навчання та труднощі (усвідомлення) реалізації цих стратегій передбачає стимулювання рефлексії студентів щодо їхніх стратегій навчання та формування мотивації (рефлексії) та дозволяє їм зрозуміти невідповідність між досвідом навчання та реальним навчанням (практикою), покращує метакогнітивні знання та покращує фактичне використання ефективних стратегій навчання під час самостійного навчання протягом кількох тижнів.

Використання довгострокових стратегій навчання студентами призводить до:

- покращення метакогнітивних знань у студентів порівняно зі студентами, які використовують короткострокові стратегії,
- більш ефективного засвоєння навчального матеріалу.

Якщо говорити про наявні проблеми в процесі екстреної онлайн навчання, слід згадати про ескапізм та депривацію. Ескапізм виникає у процесі адаптації при внутрішньоособистісних напрузі. Уникнення вирішення проблем може виражатися у фантазуванні про неіснуючу подію, або рід діяльності, які поглинають всю увагу індивіда та створює йому комфортні умови для перемикання від сприйняття реальних подій. З. Фрейд не вважав ескапізм хворобою, а пояснював його як додатковий елемент, що працює на збереження психіки в безпечній зоні. Однак, як захисним механізмом, який змінює сприйняття дійсності, ескапізм актуалізує регресивні особливості поведінки та реакції студентів на події, що відбуваються в реальності. Тому соціалізація студента на яку впливає ескапізм, може перейти в стадію кризового розвитку.

Процес довготривалого спостереження за продуктивністю онлайн-навчання показав зниження комунікативної активності студентів на заняттях з початку навчального року до кінця першого семестру, неакуратне виконання завдань, безініціативність у пошуку рішень проблем, очікування рішень від інших учасників або відмову від їх рішень.

Незважаючи на активне навчання в соціальних мережах, студенти не демонструють динаміки розвитку варіативності рішень ситуаційних задач у процесі навчання. Цифрове середовище не може замінити повноту природного міжособистісного спілкування.

Переживання студентом депривації, як правило, пов'язане з особливостями соціального середовища, що оточує студента. Сьогодні найгострішою проблемою суспільства є проблема вимушеної самоізоляції українського студента у зв'язку з російською агресією, а до цього з пандемія. Можна стверджувати, що життя в екстремальних або стресових умовах призводить до змін когнітивних, афективних і поведінкових сфери індивідуальної і групової свідомості.

Соціальна депривація часто призводить до негативних психічних станів і емоцій: страху, тривоги, депресії. Подібні стани виникають у студентів, які змушені тривалий час залишатися наодинці в екстремальних або стресових умовах, в тому числі у зв'язку з існуючою ситуацією в Україні. Ця ситуація принесла з собою багато проблем та труднощів.

У цій водночас буттєвій і дослідницькій сфері найцікавішими є психологічні аспекти ізоляції, а отже, і депривації. Очевидно, що сьогодні студенти все частіше відчувають почуття страху, постійну тривогу, панічні атаки, бажання залишатися в ізоляції, схильність до аутизму. В

умовах депривації часто змінюється розпорядок життя студента, підвищується рівень незадоволеності оточенням, певна кількість студентів втрачають контроль над собою, а також над сенсом і метою життя, внаслідок таких умов виникає апатія і пасивність. Апатична поведінка проявляється у формі пасивної відмови сучасного студентства від умов існування, які пропонує система споживання». На відміну від (або продовження) апатичної поведінки можна говорити про зростання агресивності особа, яка перебуває в ізоляції.

Існує декілька технік, які можна використати студентам для розвитку адаптаційних можливостей, наприклад, техніку під назвою «дерево». Вправа застосовується індивідуально і сприяє формуванню внутрішньопсихічної стійкості та збереженню емоційної рівноваги. Водночас ця вправа стимулює підвищення стійкості і здатності переносити стрес. У цій вправі студенту пропонують уявити, що він (вона) схожа на дерево. Вони повинні виробити цей образ у своїй свідомості. Важливо, щоб студент, який займається вправою, уявляв всі деталі цього дерева: його міцне та гнучке стебло, гілки та листя, які рухаються з вітром, розкриття крони до сонячних променів та прохолоду, яка приходить із дощем, циркуляцію різних рідин усередині стебла та гілок. Студент має уявити, як дереву вдається витягувати з землі всі мінеральні ресурси, які допомагають йому рости та розвиватися. У цій вправі земля представляє собою джерело життя, коріння символізує стабільність і внутрішню рівновагу, дерево - зв'язок з реальністю. У цій вправі коріння дерева допомагає встановити стосунки та отримати доступ до особистих ресурсів, які є надзвичайно важливими для психічного здоров'я студента.

Ще одним важливим аспектом, який стимулює розвиток адаптаційних можливостей є розвиток психофізіологічних здібностей. Після особистісної неадаптації, яка проявляється у вигляді клінічної адаптації, можуть виникнути різні психофізіологічні реакції та клінічні симптоми. У цій ситуації доречно орієнтуватись і розвивати нейрофізіологічні навички, наприклад релаксацію.

У психологічній практиці відомі різні прийоми, що допомагають психоемоційної регуляції та мають нейрофізіологічний вплив. Ці вправи спрямовані на зменшення напруги, яка виникає в диханні, м'язах і всьому тілі. Однією з таких вправ є вправа «контроль м'язів». Для його виконання людина отримує наступну інструкцію: «Сядьте зручно на стілець і, сидячи на стільці, напружте і сильно зігніть вказівний палець правої руки. Перевірте, як розподіляється м'язова енергія, куди поширюється м'язове напруження? На сусідні пальці. А також де? До зап'ястя. І куди воно далі йде потім? До ліктя, плеча і до шиї. При цьому ліва рука теж напружена. Перевірте і відчуйте це м'язове розтягнення, напругу. Тепер зніміть

напругу. Тримайте вказівний палець правої руки зігнутим, але зніміть напругу м'язів шиї. Зніміть напругу з плечей, а потім з ліктя. Важливо, щоб ваша рука рухалася вільно (палець залишається напруженим і зігнутим, як і раніше). Звільніть великий палець від м'язової напруги, мізинець (при цьому вказівний залишається напруженим і зігнутим). А тепер звільніть м'язи і вказівний палець від напруги і послабте його. Стисніть ліву ногу так, ніби ви вбиваєте нею цвях у землю. Перевірте та спостерігайте за напругою м'язів у вашому тілі. Чому є напруга у правій нозі? Зверніть увагу, щоб м'язи спини не напружувалися. Встаньте. Стисніть спину так, ніби на неї поклали дуже важку вагу, наче дуже важкий залізний ящик. Для цього згадайте схожі ситуації в минулому, в яких ви переживали такий же стан. Спостерігайте та перевіряйте напругу м'язів усього тіла. Як почувуються коліна? Ви відчуваєте напругу очей?» [4, с. 527-538]. Ця вправа розвиває і тренує здатність звертати увагу на стан м'язів і контролювати м'язову напругу. Це сприяє здатності точного та швидкого контролю над м'язами.

Можна зробити висновок, що більшість студентів стикається з проблемами інтеграції та адаптації до навчання в університеті в умовах екстреного онлайн навчання. Для того, щоб їхні проблеми були мінімізовані, або вирішені, необхідна активна участь викладачів і адаптовані програми навчання.

Загалом, усвідомлення студентами ефективних і неефективних стратегій навчання та труднощів з якими вони будуть стикатись під час навчання може підвищити їхній намір використовувати більш ефективні стратегії навчання під час самостійного навчання. Це підвищує у студентів метакогнітивні знання про ефективність різних стратегій навчання, та спонукає студентів використовувати ефективні стратегії навчання для тривалого навчання.

Більшість психологів поділяю думку, що існує позитивна кореляція між академічним стресом та психічним благополуччям студентів українських університетів. Фактори академічного стресу, які включають академічні очікування, навчальне навантаження та оцінки, а також академічне самосприйняття студентів не менш важливі, ніж психологічний добробут. Загалом, незалежно від статі, або року навчання, студенти з вищим рівнем академічного стресу зазнають погіршення психічного благополуччя.

Студенти українських університетів не однаково схильні до академічного стресу в умовах екстреного онлайн навчання, та існують значні відмінності в психічному благополуччі на рівні різних студентських груп. Більшість студентів університетів зазнають підвищеного рівня стресу та погіршення психічного здоров'я внаслідок

останніх подій в Україні (російської агресії). Зокрема, відмінності між студентками та їх одногрупниками-чоловіками можуть бути результатом різних психологічних та фізіологічних реакцій на стресову реакцію, що, у свою чергу, може сприяти різним механізмам подолання стресу та вищим рівнем стресу у жінок.

Студенти університетів, які стикаються з підвищеним стресом та борються з проблемами психічного здоров'я, мають отримувати персоналізовані та конкретні послуги, ресурси та підтримку психічного здоров'я. Це особливо вірно для груп, які непропорційно сильно постраждали від академічного стресу, та стресу через російську агресію, а до цього від пандемії. Багато студентів, які мають проблеми з психічним здоров'ям, не користуються послугами психолога через відсутність інформації. Щоб підвищити проінформованість про психічне здоров'я, університети можуть розглянути можливість поширення у групах конфіденційних підтверджених оцінок та навчити студентів самостійно оцінювати свій психологічний стан. Ці результати можна використовувати для розуміння того, як академічний стрес та психічний добробут змінюються з часом, і дозволить проводити конкретні та цілеспрямовані втручання для вразливих груп. Крім того, навчання студентів ефективним методам управління стресом покращує психологічний добробут.

Адаптивні стратегії, які включають соціальну та емоційну підтримку, покращують психічний добробут студентів, а групи підтримки студентів та семінари зі зниження стресу можуть бути корисними для мінімізації стресу та підвищення самоефективності студентів. Крім цього, ефективними можуть виявитися тренінги для покращення навичок самовладання у студентів, які включають когнітивно-поведінкову терапію, медіацію усвідомленості та онлайн-інструменти подолання труднощів. Враховуючи, що психологічна стійкість також допомагає подолати стрес та покращити психічне самопочуття під час екстреного онлайн навчання, слід розглянути можливість впливу, спрямованого на її підвищення серед студентів. Ресурси університетів, викладачі та куратори груп можуть сприяти створенню більш справедливого та інклюзивного середовища, щоб мотивувати студентів звертатися за підтримкою до психологів для покращення психічного здоров'я.

Список використаних джерел:

1. Adesope, O. O., Trevisan, D. A., & Sundararajan, N. (2017) Rethinking the use of tests: A meta-analysis of practice testing. *Review of Educational Research*, 87(3), 659–701. <https://doi.org/10.3102/0034654316689306>
2. Bergman, L. R., von Eye, A., & Magnusson, D. (2006) Person-oriented research strategies in developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen

(Eds.), *Developmental psychopathology: Theory and method* (2nd ed., Vol. 1, pp. 850–888). New York: John Wiley & Sons

3. Bergman, L. R., & Magnusson, D. (1997) A person-oriented approach in research on developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 9(2), 291– 319. <http://dx.doi.org/10.1017/S095457949700206X>
4. Beyers, W.& Goossens, L. (2002) Concurrent and predictive validity of the student adaptation to college questionnaire in a sample of European freshman students. *Educational and Psychological Measurement*, 62 (3), 527-538. doi:10.1177/00164402062003009
5. Bjork, R. A., & Bjork, E. L. (2020) Desirable difficulties in theory and practice. *Journal of Applied research in Memory and Cognition*, 9 (4), 475-479.
6. Bjork R., Dunlosky J., and Kornell N. (2013) Self-Regulated Learning: Beliefs, Techniques, and Illusions *Annual Review of Psychology* Volume 64, 417-444.
7. Bjork, E. L., Little, J. L., & Storm, B. C. (2014) Multiple-choice testing as a desirable difficulty in the classroom. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 3(3), 165–170. <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2014.03.002>
8. Blasiman R.N., J. Dunlosky, K.A. Rawson (2017) The what, how much, and when of study strategies: Comparing intended versus actual study behaviour *Memory*, 25, 784792, 10.1080/09658211.2016.1221974
9. Boekaerts, M., and Niemivirta, M. (2000) “Self-regulated learning: finding a balance between learning goals and ego-protective goals,” in *Handbook of SelfRegulation*, eds M. Boekaerts, P. R. Pintrich, and M. Zeidner (Cambridge, MA:Academic Press), 417–450/
10. Boer H.de D.Kostons C.C.Dignath van Ewijk M.P.C.van der Werf (2014) Effectiveness of Learning Strategy Instruction on Academic Performance: a Meta-Analysis *Educational Research Review* Volume 11, 1-26/
11. Burns, K. C., & Gurung, R. A. R. (2020) A longitudinal multisite study of the efficacy of retrieval and spaced practice in introductory psychology. *Scholarship of Teaching and Learning in Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/stl0000206>
12. Cepeda N. J. (2006) Distributed Practice in Verbal Recall Tasks: A Review and Quantitative Synthesis *Psychological Bulletin*, Vol. 132, No. 3, 354–380
13. Cicchetti, D. (2006) Development and psychopathology. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology: Theory and method* (2nd ed., Vol. 1, pp. 1–23). New York: John Wiley & Sons
14. Dillon, C., and Greene, B. (2003) “Learner differences in distance learning: finding differences that matter,” in *Handbook of Distance Education*, eds M. G. Moore and W. G. Anderson (Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum), 235–244.
15. Dignath, C. & Marcel, V. J. Veenman (2021) The Role of Direct Strategy Instruction and Indirect Activation of Self-Regulated Learning—Evidence from Classroom Observation Studies *Educational Psychology Review*, 33, 489–533.
16. Dörrenbächer, L., and Perels, F. (2016) Self-regulated learning profiles in college students: their relationship to achievement, personality, and the

effectiveness of an intervention to foster self-regulated learning. *Learn. Individ. Differ.* 51, 229–241. doi: 10.1016/j.lindif.2016.09.015

17. Dresel, M., Schmitz, B., Schober, B., Spiel, C., Ziegler, A., Engelschalk, T., et al. (2015). Competencies for successful self-regulated learning in higher education: structural model and indications drawn from expert interviews. *Stud. High.Educ.* 40, 454–470. doi: 10.1080/03075079.2015.1004236

18. Duncan, T. G., and McKeachie, W. J. (2005) The making of the motivated strategies for learning questionnaire. *Educ. Psychol.* 40, 117–128. doi: 10.1207/s15326985ep4002_6

19. Enes, R.&Tahsin, I. (2016). Coping styles, social support, relational selfconstrual, and resilience in predicting students' adjustment to university life, educational sciences.*Theory and Practice*, 16 (1), 187-208.doi:10.12738/estp.2016.1.0058

20. Finn, B., & Tauber, S. K. (2015) When Confidence Is Not a Signal of Knowing: How Students' Experiences and Beliefs about Processing Fluency Can Lead to Miscalibrated Confidence. *Educational Psychology Review*, 27, 567-586. <http://dx.doi.org/10.1007/s10648-015-9313-7>

21. Hodges, C., Moore, S., Lockee, B., Trust, T., and Bond, A. (2020) The Difference between Emergency Remote Teaching and Online Learning. *Educause Review*, 27. Available online at: <https://er.educause.edu/articles/2020/3/the-difference-between-emergency-remote-teaching-and-online-learning>

22. Hoogerheide, V., Staal, J., Schaap, L., & van Gog, T. (2019) Effects of study intention and generating multiple choice questions on expository text retention. *Learning and Instruction*, 60, 191–198. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2017.12.006>

23. Johnson, G. M. (2015) On-campus and fully-online university students: comparing demographics, digital technology use and learning characteristics.*J. Univ. Teach. Learn. Pract.* 12, 1–13

24. Karpicke, Jeffrey D., Butler, Andrew C. and Roediger III, Henry L. (2009) Metacognitive strategies in student learning: Do students practise retrieval when they study on their own?, *Memory*,17:4,471–479.

25. Karpicke, J. D. (2009) Metacognitive control and strategy selection: Deciding to practice retrieval during learning. *Journal of Experimental Psychology: General*, 138(4), 469–486. <https://doi.org/10.1037/a0017341>

26. Kelso, J. A. (2000) Principles of dynamic pattern formation and change for a science of human behaviour. In L. R. Bergman, R. B. Cairns, L.-G. Nilsson, & L. Nystedt (Eds.), *Developmental science and the holistic approach*, Mahwah, NJ: Erlbaum 63–84.

27. Kirschner, P. A & Jeroen, J.G. van Merrinboer (2013) Do Learners Really Know Best? Urban Legends in Education, *Educational Psychologist*, 48:3, 169-183, DOI: 10.1080/00461520.2013.804395

28. Kitsantas, A., Winsler, A., and Huie, F. (2008) Self-regulation and ability predictors of academic success during college: a predictive validity study. *J. Adv. Acad.* 20, 42–68. doi: 10.4219/jaa-2008-867

29. Koriat, A., & Bjork, R. A. (2006) Illusions of competence during study can be remedied by manipulations that enhance learners' sensitivity to retrieval conditions at test. *Memory & Cognition*, 34(5), 959–972. <https://doi.org/10.3758/BF03193244>
30. Kusurkar, R. A., Mak-van der Vossen, M., Kors, J., Grijpma, J.-W., van der Burgt, S. M. E., Koster, A. S., et al. (2020) 'One size does not fit all': the value of personcentred analysis in health professions education research. *Perspect. Med. Educ.* doi: 10.1007/s40037-020-00633-w
31. McCabe, J. (2011) Metacognitive awareness of learning strategies in undergraduates *Mem Cognit*, Apr;39(3), 462-76. doi: 10.3758/s13421-010-0035-2
32. McDaniel, M. A., & Einstein, G. O. (2020). Training learning strategies to promote self-regulation and transfer: The knowledge, belief, commitment, and planning framework. *Perspectives on Psychological Science*, 15(6), 1363–1381. <https://doi.org/10.1177/1745691620920723>
33. McInnerney, J. M., and Roberts, T. (2004) Online learning: social interaction and the creation of a sense of community. *Educ. Technol. Soc.* 7, 73–81.
34. Meehl, P. E. (1950) Configural scoring. *Journal of Consulting Psychology*, 14(3), 165– 171. <http://dx.doi.org/10.1037/h0058049>
35. Nelson, K. J., Smith, J. E. & Clarke, J. A. (2012) Enhancing the transition of commencing students into university: an institution - wide approach. *Higher Education Research & Development*, 31 (2), 185-199. doi:10.1080/07294360.2011.556108
36. Panadero, E. (2017) A review of self-regulated learning: six models and four directions for research. *Front. Psychol.* 8:422. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00422
37. Puzziferro, M, (2008) Online technologies self-efficacy and self-regulated learning as predictors of final grade and satisfaction in college-level online courses. *Am. J. Distan. Educ.* 22, 72–89. doi: 10.1080/08923640802039024
38. Richardson, M., Abraham, C., and Bond, R. (2012) Psychological correlates of university students' academic performance: a systematic review and metaanalysis. *Psychol. Bull.* 138, 353–387. doi: 10.1037/a0026838
39. Roediger, H. & Karpicke, J. (2006) The Power of Testing Memory Basic Research and Implications for Educational Practice *Perspectives on Psychological Science*, · Volume 1—Number 3, 181-210
40. Smith, B. L., Holliday, W. G., & Austin, H. W. (2010) Students' comprehension of science textbooks using a question-based reading strategy. *Journal of Research in Science Teaching*, 47(4), 363–379. <https://doi.org/10.1002/tea.20378>
41. Son, C., Hegde, S., Smith, A., Wang, X., and Sasangohar, F. (2020). Effects of COVID-19 on college students' mental health in the United States: interview survey study. *J. Med. Internet Res.* 22:e21279. doi: 10.2196/21279
42. Terpstra Tong, J., & Ahmad, A. (2018). High school -university disconnect: a complex issue in Malaysia. *International Journal of Educational Management*, 32 (5), 851-865. doi:10.1108/IJEM-10-2016-0214

43. Weinstein, C. E., Way, P. J., & Acee, T. W. (2013). Educational psychology. In D. K. Freedheim & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology: History of psychology* (pp. 302–313). John Wiley & Sons, Inc.
44. Wirth, J., Stebner, F., Trypke, M., Schuster, C., & Leutner, D. (2020) An interactive layers model of self-regulated learning and cognitive load. *Educational Psychology Review*, 32(4), 1127–1149. <https://doi.org/10.1007/s10648-020-09568-4>
45. Vansteenkiste, M., Sierens, E., Soenens, B., Luyckx, K., and Lens, W. (2009). Motivational profiles from a self-determination perspective: the quality of motivation matters. *J. Educa. Psychol.* 101, 671–688. doi: 10.1037/a0015083
46. Zimmerman, B. J. (2002) Becoming a self-regulated learner: an overview. *Theory Pract.* 41, 64–70. doi: 10.1207/s15430421tip4102_2

Гарець Н. О.

*старший викладач кафедри психології
ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет»*

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТЕЙ ІЗ РІЗНИМ РІВНЕМ САМОСПІВЧУТТЯ

З огляду на невизначеність та стрімкі соціально-політичні зміни у сучасному українському суспільстві гостро постає проблема адаптації та пов'язаний із її вирішенням пошук шляхів розвитку та опанування стратегій подолання стресу, підтримкою психологічного здоров'я та регуляції емоційних станів. У цьому контексті здатність до самоспівчуття можна розглядати як природну стратегію самопідтримки, що пов'язана із здатністю до милосердя та співчуття стосовно себе, та, разом з тим, як певний спосіб ставлення до власного досвіду, що може бути опанований штучним шляхом.

Наразі зарубіжними дослідниками зібрано багатий емпіричний матеріал, що вказує на потенціал самоспівчуття у таких сферах, як стресоподолання, регуляція агресії, адаптація; виявлено існування вікових та гендерних особливостей вияву самоспівчуття. Разом з тим, недостатньо сформованими у зарубіжній та вітчизняній літературі є уявлення про структуру самоспівчуття та роль кожного з його компонентів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій вказує на невелику представленість досліджень самоспівчуття в українській психологічній науці; так, зроблено лише деякі кроки до розгляду стресозахисної та інших функцій самоспівчуття.

У зарубіжній науці вивчення феномену співчуття та самоспівчуття представлено у кількох підходах, які розглядають його через інші поняття,

такі як співстраждання або «розумне співчуття» (С. Стосні), «милосердну любов» (С. Шпрехер, Б. Фер) тощо. Наближеним, на нашу думку, є розуміння самоспівчуття як милосердя до іншого та до себе (П. Гілберт). Найбільш повним є представлення концепції співчуття та самоспівчуття як співчуття до себе науковиці К. Нефф, що включає до нього такі елементи, як «людяність» (або, як ще можна перекласти, «загальнолюдськість досвіду») (commonhumanity), «доброта до себе» та «усвідомлене ставлення до життя». Такий поділ, на нашу думку, виявляється зосередженим, перш за все, на стратегіях емоційного реагування на стрес, але не розкриває зміст когнітивних та поведінкових стратегій, пов'язаних із самоспівчуттям з точки зору їх стресозахисного та адаптивного потенціалу.

Розгляд концепції самоспівчуття є неможливим без аналізу основних уявлень, що склалися в психологічній науці щодо феноменів співчуття та співстраждання та їх ролі у житті людини. Так, С. Стосні, що розглядає милосердя як співчуття або співстраждання («compassion») вважає, що саме брак милосердя і є тим чинником, що провокує внутрішньосімейні конфлікти та є приводом звернутися до сімейного психотерапевта. С. Стосні пропонує поняття «розумне співчуття» (smartcompassion) як бажання допомогти близькій людині впоратися із власним болем, але не робити це замість неї. Також він включає до цього поняття вміння сказати «ні» із розумінням причин такої відповіді. На нашу думку, такий підхід до визначення співчуття розкриває його роль у стосунках та розглядає його як певну компетенцію, якої можна навчитись самому та навчити іншого – наприклад, у ситуації психологічної допомоги або тренінгу. Згідно до цього уявлення, можна припустити, що навчання самоспівчуттю буде пов'язаним із зменшенням внутрішньо особистісних конфліктів [1].

У концепції П. Гілберта доброта та милосердя по відношенню до себе є одними із провідних компонентів милосердя. Згідно до його точки зору, кожна людина має власне уявлення та ставлення до милосердя та доброти. Так, одні люди можуть вважати, що необхідно проявляти милосердя у всіх ситуаціях, інші – що ми маємо бути обережнішими у виявленні турботи [2].

Однак, недоліком цих концепцій є те, що, незважаючи на включення до них поняття співчуття, вони не пояснюють витоки цього феномену, а скоріш використовують його для пояснення інших, споріднених понять.

Найбільш глибоко феномен самоспівчуття досліджено у роботах К. Нефф, що описує переживання співчуття у контексті самоспівчуття («self-compassion») як «бути зворушеним стражданнями інших, відкрито визнавати біль інших людей без уникання або дистанціювання від неї, внаслідок чого з'являється почуття доброти стосовно до інших людей та

бажання полегшити їх страждання». У випадку із самоспівчуттям це стосується якості переживань людини стосовно самої себе [3].

Складова «доброта до себе» описує здатність демонструвати тепле ставлення до себе у разі невдачі, помилки або при розумінні власних вад, бути поблажливим до себе та своїх недоліків і вміння підтримати себе у разі невдачі. Внутрішній діалог при цьому має відтінки підтримки та надихання. Протилежністю доброти до себе К. Нефф зазначає ігнорування себе та самокритику.

«Людяність» (або «загальнолюдскість») включає до себе розуміння того, що переживання неуспіху та розчарування притаманне всім людям, і певна особистість не є виключенням. Протилежна стратегія – ізоляція, що формує певне «тунельне бачення», коли людина уявляє себе єдиною особистістю, що здатна на помилки, або що певна прикра ситуація могла статися лише з нею.

Така складова, як «усвідомлене ставлення до життя» відображає здатність людини збалансовано та реалістично підходити до переживання негативних емоцій, не перебільшуючи чи недооцінюючи їх силу та значення у житті та вміння відокремлювати себе від своїх думок та почуттів. Ця складова є протилежністю «надмірної ідентифікації», коли людина сприймає себе через призму негативних переживань.

Таким чином, можна казати про шестифакторну модель самоспівчуття, що складається із трьох протилежностей:

- доброта до себе – самокритика;
- людяність – ізоляція;
- усвідомлене ставлення до життя – надмірна ідентифікація.

Разом з тим, як вказує К. Нефф, незважаючи на спроби розглядати самоспівчуття як альтернативу концепції самооцінки, варто розуміти сутність їх розбіжностей. А саме: самоспівчуття не є пов'язаним із успішністю діяльності; також, воно не використовує порівняння себе з іншими. На нашу думку, самоспівчуття, з одного боку, не пов'язане із рівнем домагань відповідно до того, як це можна побачити у динамічній зміні самооцінки згідно до досягнення успіху або невдачі. З іншого боку, використання самоспівчуття може захищати людину від болісного переживання зниження самооцінки, допомагаючи зосередити увагу на ставленні до власного досвіду, а не на порівнянні себе із іншими або образом «ідеального Я». Отже, за умов відсутності такого зіставлення самоспівчуття допомагає зберегти гідність та позитивне уявлення щодо свого Я.

Подальше дослідження факторної структури самоспівчуття, проведене Angélica López дало підставу говорити про можливість існування двофакторної моделі співчуття, у якій в одну групу факторів –

«самоспівчуття» – увійшли позитивні складові феномену, а до іншої – «самокритика» – протилежні, або негативні складові. Однак, якщо К. Нефф бачила ці якості як протилежні одна одній, Angélica López говорить лише про їх відмінність, не пропонуючи уявляти їх як крайні значення однієї шкали [4].

Вивчення проблеми адаптації особистості та пошук шляхів допомоги у цьому процесі залишаються актуальними завданнями сучасної психологічної науки. Хоча наразі не існує єдиного підходу до визначення змісту цього поняття, ми можемо виділити ряд визначень, на які будемо спиратися надалі при аналізі ролі рівня розвитку самоспівчуття. Наприклад, в результаті аналізу підходів до розуміння поняття адаптації С. Ніколаєнко та О. Ніколаєнко виділяють такі напрямки [5]:

а) адаптація як процес і результат пристосування, який зумовлюється і зумовлює існування психіки;

б) адаптація як процес, що супроводжує взаємодію одної людини з іншою або з колективом, під час якої людина вимушена бути зрозумілою і розуміти іншого, підлаштовуватися до нього, до існуючих правил і норм;

в) адаптація як процес відновлення рівноваги або гомеостазу, у взаємодії людини і середовища.

Результат іншого аналізу, представлений М. І. Блажівським, пропонує розуміти адаптацію як процес бажаного або вимушеного входження до будь-якої сфери діяльності особистості, успішність якого залежить від ступеня узгодженості умов з можливостями організму та психіки людини. Змістом адаптації він називає набуття узгодженості між середовищем та особистістю із застосуванням взаємного впливу. Ефективність процесу адаптації значною мірою залежатиме від психічного стану особистості, її психологічних реакцій на стреси тощо [6].

На нашу думку, одним із життєвих етапів, що висуюють підвищені вимоги до здатності людини подолати психологічний стрес та впоратися із переживаннями через можливі помилки або недоліки є перші місяці студентського життя. Адже початок навчання для багатьох молодих людей, як правило, супроводжується змінами у житті, що може негативно відобразитись на їх психологічному стані. Так, дослідження Colleen S. Conley, Alexandra C. Kirsch та ін., у якому взяли участь 2,095 представників студентської молоді, що розпочинають навчання, показує значне погіршення таких показників, як психологічне благополуччя, когнітивно-афективні сили та соціальне благополуччя, підвищення показників психологічного дістресу та когнітивно-афективної вразливості. Цікаво, що навіть за умови покращення стану студентів та появи певної стабільності, або «плато», їх показники психологічного благополуччя не повертаються до нормального значення протягом року [7].

Інші дослідження також показують наявність певних проблем із переживанням стресу студентами першого курсу: так, 75% студентів мають певні труднощі в керуванні своїм психофізіологічним станом, а 38% першокурсників виявили низький опір стресу [8].

Таким чином, одним із завдань психології став пошук та вивчення механізмів, що дозволяють «пом'якшити» дію стресових факторів через розвиток певних якостей або компетенцій, що належать структурі особистості студента. Так, емпіричне дослідження зв'язку самоспівчуття та благополуччя у студентів виявило, що студенти-першокурсники, в яких рівень самоспівчуття підвищується протягом року, відчують себе більш енергійними та оптимістичними. Дослідження проводилося за допомогою анкет, спрямованих на виявлення рівнів співчуття до себе, ступеню задоволеності психологічних потреб першокурсників (а саме, наскільки самодостатніми, компетентними та поєднаними з оточуючими вони себе відчують) та рівня емоційного благополуччя. Студентам (189 опитуваних, 72% з яких – жінки) було запропоновано відповісти на питання анкети на початку року та у кінці навчального семестру. Згідно до результатів дослідження, студенти, що демонстрували підвищення рівня самоспівчуття, повідомляли про більший рівень емоційної задоволеності, ніж ті, що не мали таких відмінностей [9; 10].

Говорячи про те, яке місце самоспівчуття має у структурі особистості та які функції виконує, науковці зазначають наступні особливості:

1) підвищення мотивації: свідоме використання самоспівчуття досліджуваними підвищило кількість часу, що було витрачено на вивчення складних питань після переживання невдачі; також учасники дослідження повідомляли про більшу готовність до роботи над власними слабкостями [11];

2) сприяння переживанню відчуття щастя: у результаті дослідження, проведеного KristinD.Neff та StephanieS.Rude було виявлено позитивний зв'язок самоспівчуття із психологічним здоров'ям, оптимізмом, мудрістю, ініціативністю, допитливістю, екстраверсією та сумлінністю та негативний – із нейротизмом [12];

3) сприяння збереженню позитивної самооцінки: самоспівчуття пов'язане із більшою стабільністю самооцінки та її меншою залежністю від окремих результатів. Також самоспівчуття має негативний зв'язок із соціальним порівнянням, злістю, самозвинуваченням тощо [13];

4) зменшення психологічного дістресу: проведення мета-аналізу зв'язку самоспівчуття із психологічним здоров'ям свідчить про те, що самоспівчуття пов'язане із зменшенням психологічного дістресу

(наприклад, тривожності або депресії) та зменшує негативні наслідки переживання стресу [14].

Таким чином, можемо вважати, що існують певні підстави для того, щоб вказувати на адаптаційний потенціал розвитку самоспівчуття особистості.

Одним із прикладів вивчення адаптаційної ролі самоспівчуття у вітчизняному просторі є погляд І. І. Тихомирової та Е. М. Уколової, що розглядають його з точки зору зменшення суїцидального ризику та як ставлення до самого себе [15]. Таким чином, з'являється необхідність теоретичного аналізу поглядів та дослідження гендерних та вікових особливостей вияву самоспівчуття для подальшого планування кроків до його вивчення.

Наголошуючи на важливості вивчення особливостей здатності до переживання самоспівчуття у підлітковому віці та його зв'язку із психологічним благополуччям, К. Bluth, R. A. Campo та інші доходять цікавих висновків. Так, вивчивши групу підлітків (N = 765, 7-12 класи; 53% жінок, 47% чоловіків), враховуючи їх вік та стать, дослідниками виділено такі особливості:

- дівчатам старшого підліткового віку притаманні найнижчі показники самоспівчуття у порівнянні із дівчатами-підлітками молодшого віку або хлопцями будь-якого підліткового віку;
- самоспівчуття пов'язане із проявами психологічного благополуччя з модерацією стосовно віку та статі;
- у старших підлітків обох статей високий рівень самоспівчуття був більше пов'язаний із захистом проти тривоги; середній і низький рівень самоспівчуття виявився пов'язаним із більшою кількістю депресивних симптомів [16].

Щодо ролі самоспівчуття у переживанні психологічного благополуччя у більш старшому віці існують різні дані. Вивчаючи вплив вікових особливостей на взаємодію самооцінки та самоспівчуття і їх впливу на ментальне здоров'я в людей від 20 до 50 років, S. Hwang, G. Kim та інші виявили відсутність значущого ефекту на суб'єктивне благополуччя та відносно значущий зв'язок із показниками депресивності. Такі результати пояснюють близькістю феноменів самоспівчуття та самооцінки [17].

У дослідженні ролі самоспівчуття у контексті збереження ментального здоров'я у похилому віці дослідниками L. Brown, J. C. Huffman та C. Bryant знайдено негативний зв'язок між самоспівчуттям і депресивними симптомами. Описано наявність помірно позитивного зв'язку між самоспівчуттям та показниками позитивного благополуччя, гедоністичного та евдемонічного. Таким чином, у дорослих

самоспівчуття виявилось пов'язаним із позитивним функціонуванням та відчуттям наявності життєвого сенсу. У представників більш молодого віку такий зв'язок є помірно сильним, але більш пов'язаним із евдамонічним благополуччям (переживанням сенсу та мети).

Інше дослідження, проведене L. Yarnell та K. Neff, спрямоване на вивчення гендерних особливостей переживання самоспівчуття у контексті статевого самовизначення (орієнтацією на певні гендерні норми). Виявлено наявність певних гендерних відмінностей у самоспівчутті: так, самовизначені чоловіки мають значущо вищий рівень самоспівчуття ніж самовизначені жінки. Але вплив самовизначеної гендерної ролі на самоспівчуття виявився меншим, ніж вплив маскулінної гендерної ролі; таким чином, автори доходять висновку, що соціалізація має важливу роль, а високі показники маскулінності та фемінності пов'язані із вищими показниками самоспівчуття [18].

Мета-аналіз гендерних аспектів самоспівчуття також демонструє наявність певних особливостей. Виявлено невелику значущу розбіжність у середніх рівнях самоспівчуття між чоловіками та жінками. Жінки мають нижчі показники самоспівчуття – отже, вони частіше за чоловіків демонструють підвищену критичність до себе та частіше звертаються до себе у емоційно негативний спосіб [19].

Важливим, на нашу думку, є розрізнення самоспівчуття та відчуття жалю до себе: так, відчуття жалю пов'язане із емоційною самотністю, румінацією, екстернальним локусом контролю та амбівалентно-тривожною прив'язаністю, що робить його деструктивним способом подолання стресу [20].

Натомість самоспівчуття ґрунтується на можливості здорового ставлення до власного досвіду, навіть такого, що є неприємним або пов'язаним із скоєнням помилок; людина з високим рівнем розвитку самоспівчуття, скоріш за все, відчуватиме себе не ізольованою, а пов'язаною схожістю свого досвіду із досвідом інших людей.

Розглядаючи самоспівчуття як феномен, а саме як персональне ставлення до себе, І. І. Тихомірова та Е. М. Уколова приділяють увагу можливості виділення спільного для всіх змістовно-сміслового наповнення самоспівчуття, його роль у переживанні особистістю складної життєвої ситуації. Результат феноменологічного аналізу підтвердив уявлення про самоспівчуття як прийняття своїх слабкостей, почуттів та ситуації, співчуття своїм переживанням та повага до своїх страждань. На думку авторів, в процесі співчутливого ставлення до себе у внутрішньому світі людини виокремлюються дві постаті: «Я – той, що страждає» та «Я – той, що відчуває співстраждання» – більш досвідчена, мудра фігура, що здатна витримувати емоції тієї частини, що страждає [15].

Разом з тим автори виділяють певні стадії, які проживає людина у складній ситуації у разі присутності самоспівчуття, а саме:

- 1) копінгові реакції;
- 2) безсилля та відчай, коли приходить усвідомлення власного страждання;
- 3) прийняття ситуації;
- 4) переживання смутку та жалю щодо «неможливості бажаного»;
- 5) розрада себе у стражданні, підтримуюче ставлення до себе;
- 6) визнання цінності страждань та цінності можливої втрати;
- 7) розуміння того, що можна виправити, або визнання необхідності витримати страждання.

Саме самоспівчуття, на думку авторів, допомагає пройти всі стадії без затримки на якійсь з них. Такий підхід дає цікаві результати та допомагає розкрити функції самоспівчуття, але можна відзначити деякі особливості, а саме:

- розуміння авторами самоспівчуття як феномену, що допомагає при переживанні страждання людиною не збігається із змістом концепції, запропонованої К. Нефф – адже не завжди потрібне виникнення страждання для появи самоспівчуття; навпаки, іноді самоспівчуття, на нашу думку, має надавати можливість попередити страждання;

- ігнорується когнітивна складова оригінальної концепції, яку можна уявити як набір переконань, якими керується людина під час переживання невдачі;

- не розкривається поведінкова складова, а саме те, чи сприяє прояв самоспівчуття обираю проактивних форм копію та вирішенню задач.

У свою чергу, поведінкові елементи самоспівчуття проглядаються у Compassion-focused therapy (CFT), або терапії, спрямованої на співчуття, запропонованої П. Гілбертом. Розвиток самоспівчуття уявляється можливим через застосування тренінгу співчутливого розуму (compassionate mind training), у якому пацієнт отримує досвід переживання самоспівчуття у процесі виконання певних вправ. СМТ передбачає 12 двохгодинних сеансів, на яких учасників навчають якостям самоспівчуття, заохочують досліджувати свої побоювання щодо надмірного співчуття до себе, а також просять замислитись над своєю тенденцією бути самокритичними у спосіб без судження. Результати показали, що СМТ призвело до значного зменшення депресії, почуття неповноцінності, покірної поведінки, сорому та схильності до самозвинувачення [21].

Отже, існує необхідність у створенні структурної моделі самоспівчуття, яка б включала до себе як емоційний, так і поведінковий та

когнітивний компоненти. Для створення такої моделі ми вбачаємо доцільним використовувати двофакторну модель, запропоновану Angélica López після психометричного аналізу шкали самоспівчуття, та зосередитись на структурі факторів «самоспівчуття», що складається з трьох «позитивних» факторів та «самокритика», що складається з трьох «негативних» факторів та має зв'язок із схильністю до румінації та нейротизмом.

Така модель, на нашу думку, має складатися з трьох компонентів:

- 1) емоційного, що може виражатися у рівні психологічного стресу, що переживає людина, її самопочутті, настрої, ставленні до себе;
- 2) поведінкового, який включатиме до себе певний набір стратегій, що використовує особистість у стресових ситуаціях;
- 3) когнітивного, що має описувати установки та переконання людини щодо себе та своїх дій.

Таким чином, високий рівень розвитку самоспівчуття має бути пов'язаний із позитивним самопочуттям та настроєм, продуктивними поведінковими стратегіями подолання стресу та позитивними переконаннями щодо себе; у свою чергу, самокритика буде пов'язана із високим стресом, непродуктивними стратегіями та негативними переконаннями. Разом з тим, варто пам'ятати, що ці два фактори не є полярними вираженнями однієї шкали, тож, різні рівні самоспівчуття можуть знайти більш специфічні ознаки вираження.

Розглянемо роль розвитку самоспівчуття у проявах такої дезадаптивної поведінки, як агресія. Теоретичний аналіз літератури з питання проявів агресивності здобувачами вказують на зацікавленість дослідників витоками, формами агресії та зв'язком агресії із особистісними особливостями студентів. Дослідники визначають агресію як будь-яку форму поведінки, націлену на образу або спричинення шкоди іншій живій істоті, не бажаючи подібного ставлення. Разом з тим, під агресією частіше розуміють специфічну форму поведінки, тоді як агресивність розглядають як психічну властивість особистості, яка виражається в її готовності до агресивних дій. Серед компонентів, що входять до агресії, виділяють пізнавальний (розуміння ситуації як загрозливої, баченні об'єкта для нападу), емоційний (першочергове значення має гнів) та вольовий (цілеспрямованість, наполегливість, ініціативність, сміливість) компоненти. Також виділяють різновиди агресії: агресія як самоціль, чи емоційна агресія; інструментальна; агресія змішаного типу; фізична, непряма та вербальна агресії; дратівливість; негативізм; образа; підозрілість; почуття провини; реактивна; умовна; територіальна; гетероагресія; аутоагресія та інші. (О. Б. Бовть, В. Д. Менделевич, Д. Майєрс).

Говорячи про чинники виникнення агресії у студентів, Ю. В. Дутко зазначає важливість адаптації студента до навчання та пошуку свого місця у цій системі, та пропонує пов'язувати виникнення агресії у студентів з відсутністю у них ефективних навичок спілкування, а вирішення проблеми вбачає у формуванні адекватної рольової поведінки як шляху подолання дезадаптації [22].

Так, Х. О. Лапій та Л. М. Марковець, говорячи про агресивність студентів відзначають певну роль агресії, а саме її використання у якості засобу досягнення мети та психологічної розрядки, та схильність студентів до вербальної агресії, докорів сумління та відчуття провини. Разом з тим автори дослідження пов'язують агресію із рівнем самооцінки [23].

Результати дослідження структури агресивності студентів ВНЗ, запропоновані М. В. Замятіною, дозволяють виділити основні компоненти психологічної структури агресивності студентів, а саме:

1. Досягнення самоактуалізації - активні дії слугують досягненню мети;
2. Злість та недовіра - досліджувані схильні проявляти негативні емоції до себе самих та до оточуючих;
3. Нестабільний емоційний стан - занадто приділяють увагу здатності самостійно регулювати свою поведінку та відповідати за неї, не залежати від зовнішніх оцінок та впливів;
4. Агресія - неврівноваженість, невміння контролювати та стримувати свої емоції,
5. Невдоволення - схильність проявляти незадоволення з приводу різноманітних питань.

Отже, як можна побачити, спільним для перелічених досліджень є розгляд агресивності у зв'язку із проблемами адаптації студентів та ознаками аутоагресії [24].

Таким чином можна зробити припущення, що розвиток самоспівчуття студентів має бути пов'язаний із покращенням адаптації та зменшенням агресивних проявів стосовно самого себе.

Дійсно, дослідження Katie E. Gunnell, Amber D. Mosewich та ін. зв'язку самоспівчуття та благополуччя студентів виявило, що студенти-першокурсники, в яких рівень самоспівчуття підвищується протягом року, відчувають себе більш енергійними та оптимістичними [10].

Зв'язок рівня самоспівчуття із проявами агресії було досліджено у роботі Ferdi W. Djajadisastra. Так, було виявлено значну негативну кореляцію між показниками самоспівчуття та агресивності у студентів коледжу ($r = -0.389$, $p < 0.05$). Таким чином, високі показники самоспівчуття пов'язані із низьким рівнем прояву агресії та навпаки,

низький рівень розвитку самоспівчуття пов'язаний із високими показниками прояву агресії. Також значний негативний зв'язок було виявлено між самоспівчуттям та фізичною агресією, злістю та ворожістю ($p < 0.05$) [25].

Детально зв'язок самоспівчуття із адаптивним психологічним функціонуванням було розглянуто К. Нефф із співавторами [26].

П. Гілберт вважає, що співчуття до себе підвищує відчуття психологічного благополуччя, оскільки допомагає людям відчувати турботу, зв'язок та емоційний спокій. Використовуючи теорію соціальної ментальності, що базується на принципах еволюційної біології, нейробіології та теорії прив'язаності, він наголошує на можливості співчуття до себе дезактивувати систему загроз (пов'язану з почуттям невпевненості, оборони та лімбічною системою) та активізувати систему самозаспокоєння (пов'язана з почуттям надійної прив'язаності, безпеки та окситоцино-опіатною системою). Натомість, самооцінка розглядається як оцінка переваги/неповноцінності, яка допомагає встановити стабільність соціального рангу і пов'язана з настороженням, активізацією та активацією дофаміну. Самозаспокійливі можливості самоспівчуття пов'язані із зростанням здатності до інтимної близькості, ефективного регулювання впливу, дослідження навколишнього середовища та успішного подолання стресу [27; 28].

Дослідження, проведені К. Нефф із колегами, свідчать, що співчуття до себе пов'язане із адаптивним психологічним функціонуванням. Співчуття до себе допомогло захиститися від тривоги в процесі самооцінки, при розгляді особистих слабкостей.

Дані щодо зв'язку самоспівчуття із використанням конструктивних стратегій подолання стресу є неоднозначними. Так, з одного боку, автори вказують, що висока самооцінка може бути більш пов'язана саме із використанням продуктивних стратегій. З іншого боку, отримано ряд переконливих свідчень ролі саме самоспівчуття, що було обґрунтовано у ряді досліджень. Розглянемо, як різні рівні самоспівчуття пов'язані із вибором людиною стратегій подолання стресу.

Наприклад, щодо позитивної когнітивної перебудови (зміни погляду на стресову ситуацію, щоб побачити її в більш позитивному світлі) виявлено, що вищий рівень співчуття до себе обумовлює сприйняття негативних подій у менш жахаючій формі у порівнянні із низьким рівнем. Так, отримавши незадовільну середню оцінку, більше студентів, співчутливих до себе, повідомили, що використовують стратегії прийняття та позитивне переосмислення, щоб впоратися з невдачею. Співчуття до себе також було негативно пов'язане з зосередженням на негативних емоціях [29].

У дослідженні М. Лірі та ін., учасники повідомляли про негативну подію, яку вони пережили протягом останніх чотирьох днів у чотирьох різних випадках. Щоразу учасники описували нещодавню негативну подію, оцінювали, наскільки це погано, і повідомляли про свої думки та почуття щодо цієї події. У учасників із вищим рівнем самоспівчуття рідше виникали негативні думки на кшталт «Чому зі мною так завжди відбувається?» і «Я такий невдаха». Крім того, учасники, які мали високий рівень співчуття до себе, мали меншу ймовірність узагальнити негативну подію, зробивши її частиною Я-концепції [30].

В іншому експерименті М. Лірі та ін. запропонували учасникам пригадати негативну подію, яку вони пережили, і відповісти на три запитання, які спонукали б їх замислитись над цим із використанням самоспівчуття (згідно до компонентів самоспівчуття, визначених К. Нефф). Така експериментальна маніпуляція стимулювала когнітивне переосмислення ситуації. Викликане самоспівчуття стимулювало учасників відчувати більшу відповідальність за подію, але з менш негативними переживаннями та із відчуттям пов'язаності з іншими людьми [30].

В ході іншого цікавого експерименту С. Адамс і М. Лірі вивчали вплив дуже короткої індукції співчуття до себе на харчування серед жінок, які мали високий рівень «харчового сорому» (eatingguilt – відчуття того, що ми робимо неправильно, споживаючи певну їжу, «некорисну» нам або споживаємо «забагато»). Після того, як жінкам було запропоновано з'їсти пончик (їжу, яку жінки з високим рівнем почуття провини вважають табу), дослідник змусив деяких учасників подумати про переїдання з позиції самоспівчуття. Сильно обмежуючі себе досліджувані, яким давали індукцію співчуття до себе, відчували менше провини і згодом з'їли менше під час подальшого смакового тесту порівняно з тими, що не отримали індукції самоспочуття [30].

У техніці короткочасного втручання Нефф, Кіркпатрік та Руд використовували техніку із гештальту «два крісла», яка була спрямована на зниження самокритики та прояв більшого ступеню самоспівчуття. Методика починається з того, що учасник думає про час, коли він чи вона були особливо самокритичними. Потім терапевт допомагає учаснику визначити як самокритичний «голос», так і інший «голос», який відповідає на критику. Терапевт проводить розмову «голосів», поки проблему не буде вирішено. У цьому дослідженні учасники звітували про хід терапії кілька разів протягом місяця одночасно із вимірюванням рівня самоспівчуття. У міру зростання рівня самоспівчуття учасники менше критикували себе і менше відчували депресію, пригніченість думок та тривогу [12; 31].

Інший тип поведінки у складних ситуаціях – це вирішення проблем. Використовуючи класифікацію Лазаруса і Фолькман, він описується як використання планування, розроблення стратегії та застосування зусиль, спрямованих на виправлення ситуації. Цей тип поведінки корисний, якщо людина здатна здійснити дії, що спрямовані на усунення проблем. Згідно до результатів досліджень, самоспівчуття позитивно пов'язане зі змінними, які обумовлюють дії, спрямовані на подолання: оптимізмом, цікавістю, дослідженням та особистою ініціативою (К. Нефф, С. Руд і К. Кіркпатрік) [12; 31; 32]. Отже, особистості із вищим рівнем самоспівчуття можуть активніше взаємодіяти з навколишнім середовищем, а не бути пасивними спостерігачами. Асоціація з особистою ініціативою підтримує припущення, що співчуття до себе пов'язане з прийняттям на себе відповідальності за себе та досягнення своїх цілей [32; 33].

Інше дослідження К. Нефф, в ході якого було перевірено зв'язок між співчуттям до себе та різними стратегіями подолання, визначеними шкалою COPE, надало неоднозначний результат: не виявлено суттєвої кореляції самоспівчуття із схильністю використовувати будь-яку із стратегій, орієнтованих на рішення проблеми. Таким чином, у цьому відношенні самоспівчуття більше пов'язане із здатністю зайняти активну позицію щодо вирішення проблем, ніж із фактичним перетворенням реальності [29].

Наступна форма подолаючої поведінки охоплює широкий спектр тактик, які передбачають звернення за допомогою, порадою, заспокоєнням та підтримкою. Хоча деякі таксономії подолання припускають, що звернення за допомогою слід розглядати як фактор вищого порядку, інші теоретики включили його як фактор нижчого порядку, який може виконувати різноманітні функції вищого порядку [34].

Хоча можна було очікувати, що люди, які здатні до самоспівчуття, будуть більше звертатися за підтримкою до інших людей, наявні дані свідчать про те, що співчуття до себе не пов'язане з такою поведінкою. Цікаво, що, після негативної події особистості із вищим проявом самоспівчуття більше не шукали компанії інших людей [35].

Але, як справедливо зазначають AshleyBattsAllen та MarkR. Leary, люди, які мають високий рівень співчуття до себе, отримують вигоду від непрямой підтримки – просто усвідомлюючи те, що вони не є виключенням, що інші люди також поділяють з ними досвід невдач або необхідності вирішення таких проблем. Саме це переживання лежить в основі компоненту самоспівчуття, назву якого ще можна перекласти як «загальнолюдскість» (commonhumanity). Цікаво, що у дослідженні, в

якому учасників просили написати есе про свою найбільшу слабкість, люди з вищим самоспівчуттям частіше вживали слова, які позначають соціальні зв'язки: «ми» щодо стосунків із сім'єю, друзями та людьми загалом [32].

Якщо аналізувати зв'язок самоспівчуття із менш ефективними поведінковими стратегіями, наприклад, відволіканням, то також можна зазначити низку цікавих закономірностей. Отже, відволікання від проблеми може виглядати як перегляд телебачення, фізичні вправи, читання або заняття іншими приємними видами діяльності. Ця стратегія вважається пасивною, але іноді сприймається як адаптаційна або вторинна тактика управління [34], із зміною цілей та прийняттям невдач [35]. Наприклад, для дітей, які намагаються впоратися з болем, стратегії адаптації допомагають дитині не думати про біль, а не зменшувати сам біль. У цій ситуації використання техніки відволікання є стратегією адаптації [36].

Чи виявиться відволікання адаптивним - залежатиме від ситуації. У тій мірі, в якій ситуацію неможливо змінити, відволікання може бути корисним.

За винятком одного дослідження, яке показало, що люди з високим рівнем співчуття до себе, швидше за все, намагатимуться зробити щось, щоб відвести свій розум від негативних подій, дослідження не дало уявлення про те, як співчуття може бути пов'язане з використанням відволікання як засобу боротьби зі складними та тривожними подіями. Одним із питань, які слід вирішити, є те, чи відволікання є більш адаптивним в умовах незмінних стресових факторів. Можливо, люди, співчутливі до себе, частіше використовують відволікання в тих випадках, коли умови неможливо змінити.

Наступний різновид подолаючої поведінки, визначений Skinner - це уникнення або втеча. Ця стратегія передбачає відключення когнітивно або поведінково від стресового досвіду. Традиційно дослідники розглядали стратегію уникнення як таку, що орієнтована на емоції, адже люди уникають стресових факторів, щоб керувати своїми емоціями [37]. Однак дослідження виділили два типи стратегій, орієнтованих на емоції, - одну, яка передбачає дистанціювання, а іншу - зусилля дослідити та зрозуміти свої емоції. Було показано, що остання категорія є адаптивною і позитивно пов'язана з психологічним функціонуванням. Стратегії уникнення часто розглядаються як дезадаптивні, оскільки вони негативно пов'язані з психологічним благополуччям, але ці результати свідчать про те, що уникнення може бути пов'язане лише з типом розв'язання, спрямованим на емоції [38].

Дослідження підтверджують негативну залежність між самоспівчуттям та такою стратегією подолання, як орієнтація на уникнення. У дослідженні К. Неффа, учасників оцінювали після отримання незадовільної середньої оцінки. Їм було сказано зосередитись на своїх реакціях на поганий результат тестів і заповнити шкалу COPE. Самоспівчуття виявилось негативно пов'язаним з двома з трьох стратегій подолання, орієнтованих на уникнення, зокрема з запереченням та розумовим дистанціюванням. Крім того, досліджуючи зв'язок між посттравматичним стресовим розладом та співчуттям до себе, Томпсон та Вальс виявили, що співчуття до себе негативно пов'язане з уникненням досвіду, симптомом посттравматичного стресового розладу.

Компонент усвідомленості до самоспівчуття передбачає опанування збалансованої точки зору, в якій людина визнає і намагається зрозуміти свої емоції, не пригнічуючи їх і не перевантажуючись. Таким чином, як стратегія подолання, співчуття до себе передбачає не втечу від своїх негативних емоцій, а, навпаки, прагнення зрозуміти свої реакції з рівновагою.

Іноді може здаватися, що самоспівчуття виглядає як байдужість, відмова брати на себе відповідальність або пасивність. Однак, самокритика, ймовірно, більше, ніж самоспівчуття, може змусити людей уникати вирішення проблем та пригнічувати небажані почуття. Дослідження показують, що самоспівчутливі особистості частіше беруть на себе відповідальність за свої помилки та невдачі, ніж ті, хто менш співчутливий до себе [30]. Доброзичливе ставлення до себе дозволяє прийняти відповідальність і рухатися далі, а не захищатися або заперечувати.

Враховуючи, що особистості із вищим рівнем самоспівчуття менше осуджують і частіше прощають свої провини та недоліки, вони менше потребують заперечення власних невдач. Насправді вони схильні брати на себе більшу відповідальність за свої невдачі та вносять необхідні зміни, зберігаючи при цьому люблячий, турботливий та терплячий підхід до себе. Співчуття до себе створює захисне середовище, де безпечно визнавати свої недоліки та шукати шляхи покращення.

Ще одне наше припущення стосувалося того, що самоспівчуття частіше виникатиме не як відповідь на виникле страждання, а як механізм, що допомагатиме запобігти його виникненню у разі невдач. Отже, проаналізуємо зв'язок самоспівчуття із проактивним копінгом.

Як правило, подолання стресу відбувається як відповідь на наявні стресові чи негативні події. Однак іноді люди починають справлятися з підготовкою до очікуваних негативних подій. Проактивне подолання, яке також називають запобіжним випередженням та випереджальним,

передбачає намагання підготуватися до стресових подій, які можуть виникнути в майбутньому. Хоча відносно недосліджене, проактивне подолання обіцяє розуміння психологічних змінних, які змушують людей дбати про себе до виникнення проблем у тій мірі, в якій співчуття до себе передбачає бажання зробити те, що є найкращим для людини, і мінімізувати свої майбутні страждання, співчуття до себе може бути пов'язане з випередженням. Зіткнувшись із загрозою майбутніх негативних подій, люди, співчутливі до себе, можуть частіше мати справу з ними завчасно [39].

Одним із прикладів перспективних напрямків проактивних досліджень можна назвати те, як люди готуються до старіння та справляються з ним. Старіння супроводжується низкою факторів, які можна назвати потенційно стресовими: так, погіршується здоров'я, звужується коло соціальних контактів тощо. Кахана та Кахана (2003) запропонували модель успішного старіння на основі проактивності, в якій вони припускали, що внутрішні ресурси людей можуть сприяти проактивній адаптації, включаючи традиційні профілактичні адаптації (такі як фізичні вправи), коригувальні адаптації (такі як розподіл соціальної підтримки) та нові адаптації (наприклад, самовдосконалення). Проактивне подолання може допомогти людям похилого віку уникнути певних психічних та фізичних проблем, що супроводжують старіння [40].

Користуючись цим прикладом, можна припустити, що проактивне подолання може активізуватися і у низці інших життєвих ситуацій, які людина передбачає складними і неприємними для себе. Так, студент перед екзаменом може підготуватися не сприймати незадовільний результат як катастрофу.

Серед іншого, проактивний підхід до життя передбачає турботу про своє здоров'я за допомогою фізичних вправ та дієти. Однак така поведінка не є однозначно здоровою, якщо вона мотивована осудом і критикою або бажанням бути прийнятим іншими людьми. Кілька досліджень виявляли зв'язок між співчуттям до себе та здоровою поведінкою. Наприклад, жінки, які мали високий рівень співчуття до себе, були більш внутрішньо, ніж зовнішньо, мотивованими до фізичних вправ, і їх причини для вправ не були пов'язані із занепокоєнням Его [41]. В іншому дослідженні було розглянуто, як співчуття до себе пов'язане з тим, як жінки впоралися після вживання забороненої їжі. Як правило, люди з обмеженнями у харчуванні переїдають після того, як вони порушують дієту, але в цьому дослідженні люди із строгою дієтою, яких вважали співчутливими до себе, не виявляли нерегульованого харчування.

Незважаючи на те, що невелика кількість досліджень виявили взаємозв'язок між співчуттям до себе та проактивним подоланням,

співчуття до себе може мати важливу роль у цьому процесі. Люди, які обирають стратегію проактивного стресоподолання, починають заздалегідь готуватися до можливих неприємних ситуацій у майбутньому. На нашу думку, це можна розглядати як ще одне твердження на користь того, що самоспівчуття скоріше не певне ставлення або форма поведінки, що «вмикається» під час переживання людиною страждань та «вимикається» після, а континуальний стиль поведінки та ставлення до власного досвіду, який допомагає запобігти стражданню. Тому можна припустити, що коли виникають стресові ситуації, люди, які співчують собі, більш готові боротися з їх наслідками. В той мірі, в якій співчуття до себе пов'язане з проактивним подоланням, навчити людей бути більш співчутливими до себе має бути корисним незалежно від поточної життєвої ситуації особистості.

Отже, як ми бачимо із перелічених результатів, самоспівчуття дійсно має зв'язок із позитивним самовідчуттям та обранням певних поведінкових стратегій подолання стресу.

Теоретичний аналіз показав, що, незважаючи на те, що концепція самоспівчуття відносно нова, вона демонструє великий потенціал у зв'язку із визначенням психологічного благополуччя людини, адаптацією та стресостійкістю.

Запропоновано перші кроки до створення структурної моделі самоспівчуття. Проаналізовано можливість виділення трьохкомпонентної структури самоспівчуття: а саме поведінкового, когнітивного та емоційного компонентів.

Також нами виявлено ряд вікових та гендерних особливостей переживання самоспівчуття, а саме:

- знайдено негативний зв'язок між самоспівчуттям і депресивними симптомами у похилому віці; у більш молодому віці самоспівчуття більше пов'язане із переживанням сенсу та мети буття;
- виявлено наявність певних гендерних відмінностей у самоспівчутті: самовизначені чоловіки мають значущо вищий рівень самоспівчуття ніж самовизначені жінки. Найбільш вагомим виявився вплив маскуліної гендерної ролі. Разом з тим, частіше за чоловіків демонструють підвищену критичність до себе та частіше звертаються до себе у емоційно негативний спосіб.

Зв'язок самоспівчуття із адаптацією особистості, на нашу думку, має як прямий характер – адже використання самоспівчуття у складних обставинах дозволяє зберегти психологічну рівновагу, так і непрямий, коли воно пов'язане із уникненням використання агресії, обранням ефективних форм подолаючої поведінки тощо.

Перспективою досліджень ми вбачаємо емпіричне підтвердження моделі та дослідження її стресозахисного та адаптивного потенціалу.

Список використаних джерел:

1. Stosny S. Compassion power: Helping families reach their core value. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 2004. P. 58-63.
2. Gilbert P. Compassion: Conceptualisations, research, and use in psychotherapy. New York: Routledge, 2005.
3. Neff K.D. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003. P. 86–87.
4. López A, Sanderman R, Smink A, et al. A Reconsideration of the Self-Compassion Scale's Total Score: Self-Compassion versus Self-Criticism. *PLoS One*. 2015. №10 (7). P. 1-12. URL : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0132940> (дата звернення: 13.09.21).
5. Ніколаєнко С., Ніколаєнко О. Поняття адаптації в різних напрямках психології. *Збірник наукових праць*. 2012. Вип. 2. С. 68-77.
6. Блажівський М. І. Поняття адаптації у сучасній науковій літературі. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. 2014. Вип. 1. С. 233-242.
7. Colleen S. Conley, Alexandra C. Kirsch, Daniel A. Dickson, Fred B. Bryant. Negotiating the Transition to College: Developmental Trajectories and Gender Differences in Psychological Functioning, Cognitive-Affective Strategies, and Social Well-Being. *Emerging Adulthood*. Volume: 2. issue: 3. P. 195-210.
8. Каткова Т. А., Песоцька К. Г. Деадаптація студентів в умовах навчання у вищій школі як фактор прояву стресу. *Проблеми сучасної педагогічної освіти. Педагогіка і психологія*. 2013. Вип. 40 (1). С. 190 -194.
9. Волнушкіна Г. В. Соціально-психологічні особливості процесу адаптації студентів до навчання у вищому навчальному закладі. *Духовність у становленні та розвитку особистості* : матер. X Міжн. наук.-практ. конф. : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2016. С. 107-116.
10. Katie E.Gunnell, Amber D.Mosewich, Carolyn E.McEwen, Robert C.Eklund, Peter R.E.Crocker. Don't be so hard on yourself! Changes in self-compassion during the first year of university are associated with changes in well-being. *Personality and Individual Differences*. 2017. Volume 107 (1). С. 43-48.
11. Breines J. G., Chen S. Self-Compassion Increases Self-Improvement. *Motivation Personality and Social Psychology Bulletin*. Volume: 38. issue: 9. P. 1133-1143.
12. Neff K. D., Rude S. S., Kirkpatrick K.L. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*. 2007. Volume 41. Issue 4. P. 908-916.

13. Neff K. D., Vonk R. Self-Compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself. *Journal of Personality*. 2009. Volume 77. Issue 1. P. 23-50.
14. MacBeth A., Gumley A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 2012. Volume 32. Issue 6. P. 545-552.
15. Тихомирова И. И., Уколова Е. М. Самосострадание как персональное отношение человека к самому себе. *От детства к взрослости: вариации нормы и особенности развития* : сб. докл. III Межвуз. конф. молод. ученых. Москва, 2018. С. 82-87.
16. Hwang, S., Kim, G., Yang, J.-W., Yang, E. The Moderating Effects of Age on the Relationships of Self-Compassion, Self-Esteem, and Mental Health. *Japanese Psychological Research*. 2016. V. 58. P. 194–205. URL : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jpr.12109> (дата звернення: 13.09.2021).
17. Brown L., Huffman, Jeff C., Bryant, C. Self-compassionate Aging: A Systematic Review. *The Gerontologist*. 2019. №. 4 (59). P. 311–324. URL : <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2019/09/Brown2018.pdf> (дата звернення: 13.09.2021).
18. Yarnell L., Neff K., Davidson O., Mullarkey M. Gender Differences in Self-Compassion: Examining the Role of Gender Role Orientation. *Mindfulness*. 2018. V. 10. P. 1136–1152 URL: <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2018/12/Yarnell2018.pdf> (дата звернення: 14.09.2021).
19. Yarnell L., Stafford R., Neff K., Reilly E., Knox M., Mullarkey M. Meta-Analysis of Gender Differences in Self-Compassion. *Self and Identity*. 2015. V. 14. P. 1-22. URL: https://www.researchgate.net/publication/276137176_Meta-Analysis_of_Gender_Differences_in_Self-Compassion/link/5585f77d08ae71f6ba900353/download (дата звернення: 10.09.2021).
20. Stober J. Self-pity: Exploring the links to personality, control beliefs, and anger. *Journal of Personality*. 2003. V. 71. P. 183-221. URL: https://kar.kent.ac.uk/4477/1/Stoeber_Self-Pity_2003.pdf (дата звернення: 10.09.2021).
21. Жукова Э. Р., Зуева В. С. Развивающееся направление в психотерапии: терапия, сфокусированная на сострадании. *Достижения науки и образования*. 2019. В. 1. №42. С. 87-89.
22. Дутко Ю.В. Зниження агресії студентів шляхом забезпечення виконання ними конвенційних ролей. *Актуальні питання психологічного забезпечення навчально-виховного процесу у вищих навчальних закладах* : матер. міжвуз. наук.-прак. конф. (Київ, 21 трав. 2010 р.). Київ : Київ.нац. ун-т внутр. справ, 2010. 120 с.
23. Лапій Х. О., Марковець Л. М. Основні форми агресивності і особистісні особливості студентів: динаміка взаємодії. *Проблеми сучасної*

психології : зб. наук. праць К-ПНУ ім. І.Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. 2009. Вип. 6. Ч. 1. С. 379-387.

24. Замятіна М. В. Психологічна структура агресивності студентів ВНЗ. *Проблеми та перспективи формування національної гуманітарно-технічної еліти* : зб. наук. праць / ред. Л. Л. ТОВАЖНЯНСЬКИЙ, О. Г. РОМАНОВСЬКИЙ. Харків : НТУ "ХПІ", 2012. Вип. 30-31 (34-35). С. 385-392.

25. Djajadisastra Ferdi W.. Self-Compassion and Aggression in College Students. *ANIMA Indonesian Psychological Journal*. 2017. S.l.v. 32. n. 4. P. 235-241.

26. Neff K. D., Kirkpatrick K. L., Rude S. S. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*. 2007. V. 41. P.139–154. URL: <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/JRP.pdf> (дата звернення: 10.09.2021).

27. Gilbert P. Compassion and cruelty: a biopsychosocial approach. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London : Routledge, 2005. 74 p.

28. Gilbert P. Human Nature and Suffering. 2016. 403 p.

29. Neff K. D., Hsieh Y-P., Dejitterat K. Self-compassion, Achievement Goals, and Coping with Academic Failure. *Self and Identity*. 2005. V. 4. P. 263–287.

30. Leary M. R., Tate E. B., Adams C. E., Batts Allen A., Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2007. V. 92. P. 887–904.

31. Neff K. D. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*. 2003. V. 2. P. 85–101.

32. Allen A. B., Leary M. R. Self-Compassion, Stress, and Coping. *Soc Personal Psychol Compass*. 2010. V. 4 (2). P. 107-118.

33. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. Springer; New York, 1984.

34. Connor-Smith J. K., Compas B. E., Wadsworth M. E., Thomsen A. H., Saltzman H. Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*. 2000. V. 68. P. 976–992.

35. Brandstadter J., Rothermund K., Schmitz U. Coping resources in later life. *European Review of Applied Psychology*. 1997. N. 47. P. 107–114.

36. Walker L.S., Smith C.A., Garber J., Van Slyke D.A. Development and validation of the pain response inventory for children. *Psychological Assessment*. 1997. № 9. P. 392–405.

37. Skinner E. A, Edge K., Altman J., Sherwood H. Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*. 2003. № 129. P. 216–269.

38. Stanton A. L., Danoff-Burg S., Cameron C. L., Ellis A. P. Coping through emotional approach: Conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994. № 66. P. 350–362.

39. Aspinwall L. G. The Psychology of Future-Oriented Thinking: From Achievement to Proactive Coping, Adaptation, and Aging. *Motivation and Emotion*. 2005. № 29. P. 203–235.

40. Kahana E, Kahana B. Patient proactivity enhancing doctor-patient-family communication in cancer prevention and care among the aged. *Patient Education and Counseling*. 2003. № 50. P. 67–73.

41. Magnus C. M. Does self-compassion matter beyond self-esteem for women's self-determined motives to exercise and exercise outcomes? *Unpublished master's thesis*. University of Saskatchewan; Saskatoon, Canada, 2007. 126 p.

Сергієні О. В.

*доктор медичних наук, професор
професор кафедри психології*

ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет»

Пріснякова Л. М.

*кандидат психологічних наук, доцент
завідувач кафедри психології*

ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет»

Пазій О. П.

магістр психології

ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет»

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ

Останнім часом досить багато уваги приділяється вивченню професійної шкоди працюючим, у тому числі й у тих, хто зайнятий в професіях «людина-людина», зокрема фахівців регіональних контакт-центрів. У науковій літературі висвітлюється насамперед питання професійної шкоди хімічної, фізичної або біологічної природи: отрути, випромінювання. Шкідливість емоційних або стресових факторів, імовірно через їх «очевидність», не врахована в належній мірі як шкідливі фактори в процесі професійної діяльності. Проте саме стресові фактори, особливо професійні, тобто діючі переважно під час виконання основних обов'язків фахівця, в контакті «людина-людина» здатні призводити до розвитку всіляких розладів – в організації людини від невротичних до психосоматичних. Останні, в свою чергу, можуть ускладнюватися психосоматичними розладами та соматичними проявами (інсульт, інфаркти, цукровий діабет), бути причиною смерті або інвалідизації.

Професійна діяльність фахівців регіональних контакт-центрів пов'язана з неминучими емоційними й моральними перевантаженнями. Це є основою для виникнення так званих професійних особистісних деформацій, таких як синдром емоційного вигорання, адиктивна поведінка у вигляді роботоголізму, ургентної адикції, мобінгу, зловживання психоактивними речовинами (переважно, алкоголем на основі детензивного механізму) (Короленко Ц. П., Абрамова Г. С., Юдчиц Ю. А., Бойко В. В., Макаров В. В., Дереча В. В., Дереча Г. І., Юр'єва Л. М.). Останні, у свою чергу, становлять психологічне підґрунтя для розвитку різних психосоматичних і невротичних розладів, а також алкоголізму та табакопаління. Крім шкідливих для здоров'я наслідків, зазначені процеси можуть призвести до професійної дезадаптації й функціональної деградації як окремих фахівців, так і цілих колективів. Професійна шкода підсилюється виконанням професійних обов'язків в умовах невизначеної ситуації, необхідністю швидко використовувати необхідну інформацію та терміново приймати рішення.

Водночас численні зовнішні та внутрішні чинники формування синдрому емоційного вигорання в професіях визначені недостатньо чітко, а наукові праці, присвячені цьому питанню, поодинокі та визначають лише окремі аспекти даної проблеми.

Актуальність дослідження полягає саме у комплексному підході до визначення зовнішніх та внутрішніх чинників розвитку синдрому емоційного вигорання працівників регіональних контакт-центрів, серед яких досліджені: задоволеність працею, акцентуації характеру, вплив стану нервових процесів, стан тривожності та депресії, нервово-психічна стійкість, ризик дезадаптації в стресі, стресостійкість та соціально-психологічна адаптація, самооцінка мотивації схвалення, мотиви вибору професії та характер професійної діяльності.

Спілкування з працівниками регіональних контакт-центрів свідчить про те, що багато кому з них притаманні всі вияви цього феномену: Постійна втома, робота з терміновим запитом в умовах невизначеної ситуації, контактування з людьми часто психологічно не врівноваженими, спустошеність, відчуття відсутності соціальної підтримки, постійні докори, незадоволення професією.

У зв'язку з цим *об'єктом* нашого дослідження є емоційне вигорання, предмет–особливості емоційного вигорання працівників регіональних контакт-центрів.

Мета дослідження є вивчення впливу внутрішніх та зовнішніх факторів на формування емоційного вигорання працівників регіональних контакт-центрів під час виконання ними своїх професійних обов'язків.

Для досягнення мети дослідження необхідно використати наступні *методи*: теоретичні, емпіричні, математико-статистичні; методи аналізу, узагальнення та синтезу наявного наукового матеріалу з проблем у фахівців регіональних контакт-центрів емоційного вигоряння. Емпіричний метод представлений: спостереженням, анкетуванням, психодіагностичними методиками. Для вивчення міри вираженості професійної деформації використовувалась методика «діагностики емоційного вигоряння» В. В. Бойко [28], анкетування (за анкетною розробленою автором); методика «діагностики професійного вигоряння» К. Маслач, С. Джексон (адаптація Н.Е. Водоп'янової); методика «діагностики соціально-психологічної адаптації» К. Роджерса та Р. Даймонд; методика «діагностики мотивації до успіху» Т. Елерса, методика «діагностики мотивації запобігання невдач» Т. Елерса, методика «діагностики типу психологічного захисту» В.В. Бойко [29].

Теоретичні методи представлені як системний підхід та аналіз психологічної теорії особистості та їх соціалізації, адаптації, дезадаптації Г. Сельє [110].

Теоретичне значення праці полягає в уточненні зовнішніх та внутрішніх факторів формування дезадаптації працівників у процесі їх професійної праці у вигляді формування синдрому емоційного вигоряння.

Практичне значення дослідження полягає у доборі та апробації комплексу психодіагностичних методик для діагностики синдрому емоційного вигоряння з метою формування та проведення психологічних заходів з його профілактики.

Стрес, детермінації, види, стадії та клінічні проєкти

Стрес викликається безліччю чинників (стресорів), які безперервно чинять вплив на організм людини в різних сферах її життєдіяльності як передумова формування синдрому емоційного вигоряння. Коли вимоги (внутрішні й зовнішні) постійно переважають над ресурсами (внутрішніми й зовнішніми), у людини порушується стан рівноваги. Безперервне або прогресуюче порушення рівноваги неминуче веде до дезадаптації та емоційного вигоряння. Емоційне вигоряння – не просто результат стресу, а наслідок некерованого стресу.

Адаптаційний потенціал людини – кількісне відбиття рівня функціонального стану організму та його систем, що характеризує здатність адекватно реагувати на комплекс несприятливих чинників під час економічної витрати функціональних резервів, що дозволяє запобігти розвитку декомпенсації та преморбідного стану.

Виділяють п'ять основних груп функціональних станів за показником активності регуляторних систем:

1) норма – стан урівноваженості організму із зовнішнім середовищем, висока пристосовність організму до різних умов досягається за мінімальної напруги регуляторних систем;

2) помірна функціональна напруга виникає після роботи, до кінця робочого дня або як результат високої активності людини;

3) виявлена функціональна напруга характеризує стан здорової людини під час роботи;

4) різко виявлена функціональна напруга у здорових людей може короткочасно виникати в моменти великих навантажень;

5) астенизація регуляторних систем – нездатність організму підтримувати рівновагу з навколишнім середовищем.

Стрес – поняття багатозначне, в ньому можна виділити щонайменше декілька значень:

– стрес як подія. Стрес як ситуативний або дратівливий феномен у вигляді можливих подій, пов'язаних із напругою, іноді називається також стресором;

– стрес як реакція. Стрес як реакція на певні події (стресова реакція, стресова емоція або стресове переживання);

– стрес як проміжна змінна;

– стрес як стан між подразником і реакцією, тобто проміжний процес;

– стрес як трансактний процес. Стрес як процес взаємодії людини з навколишнім світом.

Лазарус та ін. (Lazarus & Launier, 1981) виходять з того, що трансактний процес починається зі специфічної оцінки якоїсь події і власних ресурсів боротьби, в результаті чого іноді утворюються стресові емоції. За цією фазою слідує адаптивні реакції (копінг). Стрес не є статичним станом, але являє собою динамічну подію, яка протікає в постійній і реципрокній взаємодії (трансакція) між індивідом і навколишнім світом.

Далі поняття стресу було ще більше диференційоване (Selye, 1986) за рахунок введення понять еустрес і дистрес. Еустрес – це така втрата рівноваги, яка виникає, коли суб'єкт переживає відповідність між необхідними від нього зусиллями і наявними в його розпорядженні ресурсами. Поняття дистрес закріплено за такими психічними станами і процесами, за яких принаймні на якийсь час співвідношення між необхідними зусиллями і наявними ресурсами здається порушеним, причому не на користь ресурсів.

Якщо розглядати події в якості стресорів, то їх можна систематизувати за розміром негативної значущості та за часом, необхідним людині на адаптацію. Залежно від цього під час дослідження

стресу розрізняють критичні життєві події, травматичні стреси, повсякденні стресори, гостро діючі або хронічні стресори. Стресори можуть порушувати фізичну, психічну та соціальну цілісність організму. Стресові реакції можуть бути емоційними, фізіологічними та виражатися у відхиленні в поведінці. Типові емоційні стресові реакції – це страх, печаль або гнів; серед поведінкових реакцій особлива роль належить втечам та нападам.

Існує безліч моделей складної взаємодії різних психологічних факторів, що впливають на стресові переживання. Стресові події самі по собі дуже рідко стають причиною психічних розладів. Тільки в поєднанні з різними внутрішніми й зовнішніми чинниками особистості стресори призводять до невдалої адаптації [122, с. 84-89].

М. Р. Розенман описали тип особистості “А”, що характеризується екстремально високим суб’єктивним значенням професійної діяльності, низькою стійкістю до фрустрації й стресу, високим життєвим темпом, змагальністю, бажанням визнання оточуючих, агресивністю, наявністю лідерських якостей. Високий рівень негативних емоцій, що є наслідком психічного перевантаження, прагнення до досконалості й пов’язаної з цим незадоволеності ефективністю своєї діяльності, ворожість, часом агресивність та відсутність соціальної підтримки дозволяють зарахувати цей тип до групи ризику з імовірністю досить швидкого розвитку синдрому професійного вигорання. Неприятливими наслідками поведінки такого типу можуть бути різноманітні психосоматичні розлади з високим ризиком коронарних захворювань [4].

Розрізняють стреси професійні, особистісні, стреси відповідальності. До професійних стресів можна зарахувати входження в нове професійне середовище, ситуації нововведень і конфліктів у цій сфері, ситуації зміни вимог до професії, внутрішніх криз, професійного зростання, кар’єри. Так ситуації нововведень і конфліктів у професійній сфері можуть сприяти появі в людини стресових виявів: безпорадності, емоційної напруженості, зниження працездатності, рівня самокритичності.

У подоланні стресу задіяні три найважливіших фактори: когнітивний, емоційний, поведінковий. Існують індивідуальні розходження в тім, яка зі сфер психіки виявиться найбільш уразливою при тривалій високій напрузі. Вибір “мішені” обумовлюють ситуативні фактори й особистісні характеристики. При сильному стресі виникають: нав’язливі думки або образи (когнітивна сфера); застрягання, зацикленість переживань (емоційна сфера); нав’язливі прагнення, дії, ритуали (поведінкова сфера); порушення соціальних зв’язків і соціальна дезадаптація (соціально-психологічна сфера) [67, с. 16].

Синдром емоційного вигорання, його детермінації, види, стадії, клініко-психологічні прояви

В даний час немає єдиного погляду на структуру синдрому “burnout”, але, не зважаючи на відмінності в підходах до його вивчення, можна уявити, що він зумовлює собою особову деформацію.

Чому ж просте людське спілкування перетворюється на професійне захворювання? Тому що в нас закладений природою механізм співпереживання, співчуття іншій людині, емпатії. Він влаштований так, що ми спочатку підсвідомо ототожнюємо себе з партнером по спілкуванню, автоматично відображаємо, як у дзеркалі, його тілесно-емоційний стан. Інстинктивно відтворюючи відчуття, викликані емоціями іншої людини, ми приймаємо їх за свої власні і в результаті “заражаємося” чужим настроєм. Як це не парадоксально, розвивається емоційне вигорання внаслідок дії природних механізмів психологічного захисту. В першу чергу, – витіснення емоцій, за допомогою яких людина неусвідомлено намагається відгородитися від неприємних переживань. Витиснені зі свідомості емоції перетворюються спочатку на тілесний дискомфорт, а з часом – у невротичні та психосоматичні розлади.

На основі узагальнення статистичних даних по захворюваності і смертності в результаті дії психосоціальних чинників, Бреннер зробив висновок, що протягом перших трьох років дії стрес-чинника зростає число гострих станів і реакцій (психози, інфаркти), а потім починають переважати хронічні хвороби (ішемічна хвороба серця, депресія, хвороби нирок, імунологічні захворювання). Кількість стрес-реакцій зростає, завдяки дії “принципу прискорення”, коли вже стрес-реакція, що розвинулась, призводить до змін у житті й нових стресів, та “принципу заразливості”, особливо вираженого у виробничих колективах [26].

Виділені типи ситуаційних реакцій (окрім ситуаційної реакції дезорганізації) можуть бути визнані реакціями психологічного захисту, вони економлять психологічну енергію, обмежуючи практичну діяльність без порушення системи адаптації.

Виділені типи ситуаційних реакцій за картиною та динамікою: реакція емоційного дисбалансу, песимістична ситуаційна реакція, реакція негативного балансу, ситуаційна реакція демобілізації, ситуаційна реакція опозиції, ситуаційна реакція дезорганізації (знімає інтелектуальний контроль, дезорганізовуватиме конструктивне планування, прискорює соціально-психічну дезадаптацію).

У разі рухливості психічних процесів тривалість ситуаційної реакції невелика. Чинник астенизації – активність регулює інтенсивність ситуаційної реакції. Активна психіка включає систему особистого психологічного захисту; захисні механізми, що внаслідок цього

спрацьовують, виявляються ефективними і коригують поведінку індивідуума, тобто роблять особу більш адаптивною, що, в свою чергу, спричиняє за собою зниження інтенсивності негативних емоцій, що виникають при ситуативних реакціях. Астенізація ж провокує поглиблення несприятливих негативних переживань, продовжуючи тривалість стресової ситуаційної реакції [3].

Професійна деформація розвивається поступово з професійної адаптації, яка є необхідною для фахівців регіональних контакт-центрів. Адаптація до нових, а тим більше до екстремальних умов, досягається ціною витрат функціональних резервів організму. Реакція організму на зовнішні і внутрішні дії протікає залежно від сили чинника, часу його дії та адаптаційного потенціалу організму, який визначається наявністю функціональних резервів. Порушення регуляторних процесів призводить спочатку до функціональних, а потім і до морфологічних змін в організмі, що свідчить про розвиток хвороби. Перехід від одного функціонального стану до іншого розвивається в результаті зміни властивостей біологічних систем: рівня функціонування, функціональних резервів, ступеня напруги регуляторних механізмів [75].

Важливим чинником соціальної адаптації є розвинена соціально-психологічна толерантність (терпимість) особистості. Цей чинник ефективно спрацьовує при певних розбіжностях позицій особистості й головних установок середовища, запобігає розвитку когнітивного дисонансу, отже, й дезадаптації особистості. Нетерпимість, обумовлена стереотипами особистості, негативними установками міжособистісного оцінювання. На її виявлення можуть впливати різні риси вдачі: агресивність, егоцентричність, доброзичливість, домінантність. До соціально-психологічних установок особи, що визначають ставлення до інших людей, належать локалізація контролю над подіями, що відбуваються, що інакше позначається як екстернальність – інтернальність [61].

Схильність до професійної деформації особливо часто спостерігається у певних професіях, представники яких володіють важко контрольованою і обмеженою владою. Від рішення й волі цих людей залежить здоров'я й життя інших людей. Володіння владою призводить до суспільної і психічної деформації особливо в тих випадках, коли немає дієвих зворотних зв'язків – суспільний контроль, критика і можливість позбавити носія деформації влади.

Слідством емоційного вигорання є такий негативний вияв професійної діяльності, як стандартизація спілкування, застосування в роботі стереотипних навиків, однакових заготовок, підміна творчої продуктивної діяльності формальним виконанням своїх обов'язків, бажання зменшити обсяг роботи, оскільки людині в цьому стані здається,

що її відчуття хронічної втомленості й напруги пов'язані з перевантаженням. З'являється бажання усунутися від додаткових навантажень, збільшити дистанцію в спілкуванні з заявниками і колегами, уникати нових обов'язків. Одним із дуже серйозних наслідків професійного стресу вважається поява або помітне почастищення соматичних захворювань. Тому слід замислюватися над тим, що безпричинно виникаючі головний біль, підвищення температури, часті гострі респіраторні захворювання можуть бути соматичними еквівалентами емоційних розладів та ознакою депресії імунної системи [21, с. 47–50].

Разом із прагненням знижувати емоційне навантаження в ситуації професійного стресу часто спостерігається зворотний варіант, пов'язаний із трудоголізмом – прагненням компенсувати відчуття своєї недостатньої професійної успішності ще більшою старанністю і напругою в роботі, нерідко за рахунок сімейних, дружніх та інших значущих для людини відносин [26].

Явища емоційного вигорання можна розглядати як певну зміну в структурі психічних регуляторів трудової діяльності – образі об'єкта та образі суб'єкта праці.

Людина настільки жорстока по своїй структурі, що просто не підпускає інших до себе. На спілкування йде, лише підганяючи себе, як бичем, словом “винна”. В цій групі опиняються люди, що неначе компенсують недостатність свого особистого життя. Наприклад, у людини немає своїх дітей або не лагодяться відносини з ними, і людина компенсує те, що в неї не складається у приватному житті, у відносинах з оточуючими. Згорає – не від непосильної включеності в трудову діяльність, а швидше від поганого знання самої себе, неповного подолання особистих проблем, які не дають можливості відчувати в спілкуванні з оточуючими легкість і радість [28].

Необхідною і базовою частиною профілактики виникнення синдрому емоційного вигорання є особиста психологічна підготовка фахівців “допоміжних” професій. Тут ідеться не тільки й не стільки про теоретичне навчання основ психології (хоча й воно не втрачає своєї значущості), скільки про практичне навчання, спрямоване на розвиток стресостійкості.

Модель запобігання емоційному вигоранню передбачає певні напрями, а саме: підвищення комунікативних умінь за допомогою активних методів навчання (соціально-психологічні тренінги, ділові ігри); навчання ефективних стилів комунікацій і розв'язання конфліктних ситуацій; тренінги, що стимулюють мотивацію саморозвитку, особистого і професійного зростання; антистресові програми і групи підтримки,

орієнтовані на особисту корекцію самооцінки, упевненості, соціальної сміливості, емоційної стійкості та психофізичної гармонії, шляхом оволодіння способами саморегуляції і планування особистої та професійної кар'єри [25].

Індивіди можуть переносити значний стрес без підвищеного ризику розвитку психічного або соматичного захворювання, вважає К. Каплан, якщо вони одержують адекватну підтримку. На практиці це означає пошану і ствердження людської природи і такого життя за межами роботи, щоб задовольнялися власні потреби разом із потребами оточуючих. Створення матеріальної зацікавленості в результатах праці.

Основною психологічною якістю, що забезпечує стресостійкість, є рівень особистої зрілості фахівця. Тут ідеться про ступінь усвідомлення себе, здатність брати на себе відповідальність, ухвалювати рішення й робити вибір, уміння будувати гармонійні взаєностосунки з іншими людьми, відкритість змінам, ухвалення свого й чужого досвіду у всій його різноманітності. Дослідження, проведене науковцями, засвідчило, чим вище рівень професійної майстерності і суб'єктивного контролю фахівця, тобто схильності приймати на себе відповідальність за свою поведінку в емоційно значущих ситуаціях, тим менше виявляється у нього синдром емоційного вигоряння.

В зв'язку з цим цікавий екзистенціально-гуманістичний підхід до подолання емоційного вигоряння, який свідчить про недостатність розуміння феномена "згоряння" як різновиду професійного стресу. Так, на думку Н. В. Гришиної [43], стан емоційного вигоряння тісно пов'язаний також із втратою відчуття значення діяльності як однієї зі складових значення життя, і в особливо важких випадках може викликати екзистенціальний невроз. Цей погляд на природу даного феномена призводить до висновку про те, що для дійсно ефективного подолання стану емоційного вигоряння фахівцю необхідно працювати над переосмисленням своєї ролі в професійній діяльності і усвідомленням її індивідуального особистого значення для себе [5, с. 17].

Ще один важливий аспект цієї проблеми пов'язаний із тим, що емоційне вигоряння, як правило, є наслідком неконструктивного спілкування з колегами і керівництвом. Добрий клімат усередині колективу, відчуття належної емоційної підтримки від колег і адміністрації – це могутній ресурс запобігання і усунення професійного стресу. Відчуття захищеності в колективі, наявність надійної опори серед колег, можливість довірливо обговорювати питання, пов'язані зі стресом у роботі, дають можливість знизити напруженість, тривогу, а також нерідкі агресивні вияви [24, с. 54].

Керівники, приймаючи на роботу співробітників, підкреслює М. Евелін, повинні розглядати персонал як свій найцінніший ресурс і піклуватися про те, щоб його зберегти. Співробітників, що вперше приступили до роботи, необхідно реалістично і адекватно ввести в курс справи, можна організувати систему наставництва для забезпечення якісної, кількісної і клінічної сторін роботи, а також сприяти закріпленню індивідуального наставника [23].

Існує немало конкретних засобів запобігти синдрому “згоряння”: культивування інших інтересів, не пов’язаних із професійною діяльністю; внесення різноманітності в свою роботу; створення нових проектів та їх реалізація без очікування санкціонування з боку офіційних інстанцій; підтримка свого здоров’я, дотримання режиму сну і харчування; оволодіння технікою медитації; задовільне соціальне життя; наявність декількох друзів (бажано інших професій), у взаємостосунках, з якими існує баланс; прагнення до того, чого хочеться, без надії стати переможцем у всіх випадках і уміння програвати без непотрібних самоприниження і агресивності; здібність до самооцінки без покладання надії тільки на пошану оточуючих; відкритість новому досвіду; уміння не поспішати і давати собі достатньо часу для досягнення позитивних результатів в роботі і житті; обдумані зобов’язання (наприклад, не слід брати на себе більшу відповідальність за клієнта, ніж він сам); читання не тільки професійної, але й іншої хорошої літератури, просто для свого задоволення без орієнтації на якусь користь; участь у семінарах, конференціях, де надається можливість зустрітися з новими людьми і обмінятися досвідом; періодична спільна робота з колегами, значно відмінними професійно й особисто; участь у роботі професійної групи, що дає можливість обговорити особисті проблеми, пов’язані з роботою; хобі, що приносить задоволення.

Перший крок до подолання емоційного вигорання – розібратися з самим собою, зрозуміти не тільки свої цілі але й представити образ майбутнього, а відповісти собі на питання, в чому значення того, що ви зараз робите, навіщо ви це робите. Найпоширеніший спосіб – спробувати піднятися над ситуацією, змінити свою точку зору, подивитися на своє становище й роботу з глобальнішої точки зору.

Другий, інший спосіб – відхід в іншу сферу. Коли колишні знання, вміння, навички знаходять нове застосування, людина робить так звану горизонтальну кар’єру.

Третій спосіб – не залишаючи зазначених занять, зробити його інструментом для досягнення глобальніших цілей.

Четвертий спосіб, який часто застосовується, полягає в тому, що людина, залишаючись у тій же ситуації, починає робити акценти не на

тому, що вона вже добре знає, уміє, засвоїла, а на тому, що є для неї проблемою.

Якщо проблемних місць не виявляється, й людина перебуває в ілюзії, що вона все пізнала й усього вже досягла, то слід почати проводити ревізію (оцінити адекватність набору стереотипів, усталених думок з одного й того ж питання), спробувати встановити різницю між світом, в якому людина працювала, й тим способом міркування про світ, способом аналізувати світ, яким вона користувалася. При такому аналізі напевно виявиться, що ті знання, вміння й навички, якими людина користувалася, не вирішують ситуацію її професійної діяльності. І тут з'являється особливий смак до майстерності [40].

Ті, хто допомагає іншим людям, як правило, прагнуть заперечувати власні психологічні проблеми. Важко зізнатися самому собі: “я страждаю на професійне вигорання”. Тим більше, що у важких життєвих ситуаціях включаються внутрішні неусвідомлювані механізми захисту. Серед них – раціоналізація, витіснення травматичних подій, “окаменіння” відчуттів і тіла.

Люди часто оцінюють ці прояви неправильно – як ознаку власної “сили”. Деякі захищаються від своїх власних важких станів і проблем за допомогою занурювання в активність, вони прагнуть не думати про них і повністю віддають себе роботі, допомозі іншим людям, що дійсно на деякий час може принести полегшення. Проте тільки на деякий час. Адже надмірна активність шкідлива, якщо вона відволікає увагу від допомоги, якої потребуєте ви самі.

Пам'ятаєте: блокування своїх почуттів і активність, виражена понад міру, можуть уповільнити процес вашого відновлення.

По-перше, ваш стан може полегшити фізична та емоційна підтримка від інших людей. Не відмовляйтеся від неї. Обговоріть свою ситуацію з тими, хто, маючи подібний досвід, відчувається добре.

Для професіонала при цьому доречно й корисна робота з супервізором – професійно досвідченішою людиною, яка за необхідності допомагає менш досвідченому колезі в професійно-особистісному вдосконаленні. У запланований період часу професіонал і супервізор регулярно спільно обговорюють виконану роботу. В ході такого обговорення здійснюється навчання й розвиток, які допомагають вийти зі стану вигорання.

По-друге, в неробочий час вам потрібна самотність. Щоб справитися зі своїми відчуттями, вам необхідно знайти можливість побути одному, без сім'ї або близьких друзів. Що потрібно та чого не потрібно робити під час вигорання та профдеформації?

- НЕ приховуйте своїх відчуттів. Виявляйте ваші емоції та давайте можливість вашим друзям обговорювати їх разом із вами.
- НЕ уникайте говорити про те, що трапилось. Використовуйте кожен можливість переглянути свій досвід наодинці з собою або разом з іншими.
- НЕ дозволяйте вашим відчуттям труднощів зупинити вас, коли інші дають вам шанс говорити або пропонують допомогу.
- НЕ чекайте, що важкі стани, характерні для вигорання, минуть самі собою.
- Виділяйте достатньо часу для сну, відпочинку, роздумів.
- Висловлюйте ваші бажання прямо, ясно й чесно, говоріть про них сім'ї, друзям і на роботі.
- Намагайтеся зберегти нормальний розпорядок вашого життя, наскільки це можливо.

Що робити, якщо ви розумієте, що вигорання та профдеформація вже відбулися та досягли значних стадій?

Пам'ятайте: необхідна спеціальна робота з реагування травматичного досвіду та відродження почуттів. Не намагайтесь провести цю роботу самі з собою – таку складну (хворобливу) роботу можна виконати тільки разом із професійним психологом-консультантом.

Справжня мужність полягає в тому, щоб визнати те, що вам необхідна професійна допомога.

Спочатку йде важка робота, мета якої – “зняти панцир бездушності” та дозволити своїм відчуттям вийти назовні. Це не веде до втрати самоконтролю, але пригнічення цих відчуттів може призвести до неврозів та фізичних проблем. При цьому важлива спеціальна робота з руйнівними “отруйними” відчуттями (зокрема, гнів, образа). Результатом цієї підготовчої роботи стає “розчищення” внутрішнього простору, що вивільняє місце для нових, відроджених відчуттів.

Наступний етап професійної роботи – перегляд ваших життєвих міфів, цілей і цінностей, своїх уявлень та ставлення до себе самого, інших людей та до своєї роботи. Тут важливо прийняти й укріпити своє “Я”, усвідомити цінність свого життя; прийняти відповідальність за своє життя і здоров'я, зайняти професійну позицію в роботі.

І лише після цього крок за кроком зміняться відносини з оточуючими людьми та способи взаємодії з ними. Відбувається освоєння по-новому своєї професійної ролі та інших своїх життєвих ролей і моделей поведінки. Людина знаходить упевненість в своїх силах. А значить – вона вийшла з-під дії синдрому емоційного вигорання й готова до успішного жити й праці.

Проблема синдрому емоційного згоряння у фахівців різного профілю дуже актуальна й усе більше привертає увагу фахівців психіатрів, психіатрів-наркологів, психотерапевтів, психологів. З одного боку, розлад адаптації у формі емоційного згоряння веде до появи широкого спектра невротичних і психосоматичних симптомів, а з іншого – супроводжується зниженням продуктивності в роботі, аж до повної профнепридатності.

Стресогенні фактори в роботі фахівців регіональних контакт-центрів

Насамперед – це робота в переважно негативному емоційному полі. Суть цього фактора в тому, що більшу частину робочого часу фахівець контакт-центру практично має справу з матеріалом, що фактично викликає лише негативні емоції. Це стосується як скарг заявників, їх прохань так і обговорення чужих проблем, що найчастіше бувають негативними. Нагромадження подібного емоційного досвіду в процесі роботи, з одного боку, призводить до виснаження ресурсів, а з іншого – розвитку захисних психологічних механізмів у вигляді особистісної відстороненості, розширення сфери економії емоцій та інших ознак емоційного вигоряння. У побутовому спілкуванні це виявляється у вигляді так названого “специфічного гумору” або навіть цинізму фахівців контакт-центру. Наявність у більшості фахівців контакт-центру виражених рис емотивності, тобто здатності співчувати, співпереживати, є своєрідною ознакою наявності в них навички протистояти даному стресогенному фактору й адаптуватися до нього. Проте для збереження емоційної рівноваги необхідний розвиток навичок “поповнення банку позитивних емоцій” і відволікання від роботи на інші види діяльності. Спостереження й психотерапевтичний досвід показують, що при всій очевидності й простоті адаптації до цього стресогенного фактора, для багатьох фахівців саме він є найважчим щодо опрацювання.

Г. С. Абрамова та Ю. А. Юдчиц [13, с. 231–244] серед факторів, що відіграють істотну роль в емоційному вигорянні, виділяють:

1. Соціальний (невизнання щирих заслуг працівника, обмеження його права на волю вибору, невідповідність морально-етичних вимог до професії реальної ситуації на робочому місці, зниження соціального статусу професії (у тому числі й у матеріальному плані), сімейно-побутові проблеми);

2. Особистісний (від низької стійкості до стресів і невміння критично оцінювати несприятливі фактори – до категорій моральності: реалізації модусу не «соціальних досягнень» або «володіння», а «служіння», де основний життєвий стосунок – любов до людей, що

дозволяє людині виходити за межі своїх актуальних, наявних можливостей);

3. Фактор середовища (місця роботи) – вплив стилю керівництва, взаємин з колегами, стан колективу тощо [2, с. 101–117].

Р. Кочюнас [62, с. 36–40] (1999) серед найважливіших причин «синдрому згоряння» називає:

- монотонність роботи, особливо якщо її зміст здається сумнівним;
- вкладання в роботу більших особистісних ресурсів при недостатності визнання й позитивної оцінки;
- стругаючи регламентація часу роботи, особливо при нереальних строках її виконання;
- робота з «невмотивованими» клієнтами [46].

Серед передумов, що відіграють певну роль у розвитку емоційного вигорання, К. Maslach виділяє:

- 1) можливості емоційного «Я» протистояти виснаженню, самозберігатися (тобто, емоційний ресурс);
- 2) очікування, мотиви, установки;
- 3) індивідуальний досвід, що може бути більш-менш насичений проблемами, стресогенними й психотравмуючими ситуаціями [117].

Вищезазначене так чи інакше перегукується з тим, що Т. В. Форманюк (1993), узагальнюючи досвід ряду авторів, виділяє як “особистісний”, “рольовий” та “організаційний” фактори. В особистісному факторі, крім віку, статі, родинного стану, стажу роботи, можна розглядати мотиви трудової діяльності, задоволеність професійним зростанням, установку на підтримку, а також рівень емпатії, способи реагування на стрес і стратегії поведінки в ситуації конфлікту. Обговорюючи рольовий фактор, треба розглядати наявність або відсутність конкуренції, рівень прийняття відповідальності, феномен “колегіального начала”, інтеграції й злагодженості дій.

Організаційний фактор передбачає аспекти адміністративного розподілу обов’язків і функцій, регламентування робочого часу, рівень оплати, застосування стимулівних і регулівних дій керівництва [105, с. 45–53].

Згадані нами вище особливості професійної підготовки (Макаров В.В., 1999), очевидно, не слід виділяти як окремий фактор, а зарахувати його до групи організаційних факторів. Продиктовано це тим, що в професіях “вищого типу” після до дипломного навчання необхідно постійне перенавчання, професійне самовдосконалення й перепідготовка, що багато в чому залежить від зазначених уже організаційних факторів.

Кожна професія може сприяти розвитку людини й удосконалювати її особисті якості на користь суспільства. Але професія може також

викликати деформації, деформувати характер людини. Деформації можуть викликати в деяких випадках лише добродушні жарти, іншого разу вони можуть бути предметом іронії, сарказму й сатири (чиновницький, казенний бюрократизм).

Схильність до професійної деформації особливо часто спостерігається в певних професіях, це стосується вчителів, суддів, військовослужбовців, працівників держбезпеки, лікарів і медичних працівників, а також і фахівців регіональних контакт-центрів. Часто від рішень цих людей залежить достоїнство, існування й навіть здоров'я й життя інших людей, як це буває, наприклад, у людей, що мають владу. Іноді це призводить до суспільної й психічної деформації особливо в тих випадках, коли відсутні зворотні зв'язки – суспільний контроль, критика й можливість позбавити носія деформації влади. Порочне коло виникає, якщо механізми контролю й критики в даній системі відсутні або ж вони недостатньо формальні, так що критика й вираз невдоволення набувають протизаконного, бунтарського характеру.

Характеристика психологічних впливів на працівника в системі “Людина–людина”, зокрема регіональних контактних центрів в системі професій

Згідно із загальноновизнаною класифікацією професій, за Є. О. Климовим [59, с. 7–12], їх поділяють за типами, класами, відділами та групами: типи професій (виділяються за предметом праці): “людина-техніка”, “людина-людина”, “людина-природа”, “людина-знакові системи”, “людина-художній образ”; класи професій (виділяються за цілями праці): гностичні, перетворюючі, дослідницькі; відділи професій (виділяються за засобами праці): ручні, механічні, автоматичні, функціональні; групи професій (виділяються за умовами праці): побутовий мікроклімат, відкрите повітря, незвичайні умови, моральна відпо-відальність, екстремальні умови. Зокрема, до професій типу “людина-людина” відносять такі як вчитель (викладач), вихователь, практичний психолог, менеджер з персоналу, лікар, ріелтор, провідник пасажирського вагона, екскурсовод, соціальний працівник, стюардеса, офіціант, продавець, перукар, менеджер-керівник, тренер, інструктор, та ін. [61]. Ці професії, спрямовані на забезпечення підтримки і управління різними соціальними процесами, вимагають від їх представників нерідкополярних якостей: уміння бути вимогливим і в той же час доброзичливим, уважним; суворо дотримуватись етичних і правових нормам і вміти швидко орієнтуватися в неординарних ситуаціях; суворо дотримуватись технологічного регламенту і швидко приймати рішення в екстремальних ситуаціях [60] на власному прикладі задавати і

підтримувати норми поведінки та спілкування й рішуче припиняти їхнє порушення. Професії цього типу нерідко ставлять підвищені вимоги до здоров'я, фізичної і психічної працездатності людини. Їм властиві складні сполучення прямих і непрямих результатів праці, безпосередніх і віддалених у часі [116]. Зміст праці у цих професіях відрізняється високою емоційною насиченістю міжособистісних контактів, високою відповідальністю за результати спілкування, за прийняття рішення [49]. Професіограми і психограми професій типу “людина-людина” відображають звичайно лише якісні характеристики діяльності. Усі соціально-психологічні умови діяльності суб'єктів, як правило, складнозадалегідь передбачити і кількісно оцінити через високу динамічність і специфіку соціально-психологічних феноменів. Наприклад, діяльність того чи іншого фахівця в організації багато в чому визначається її формальною структурою (числом рівнів управління, жорсткістю регламентації тих чи інших аспектів діяльності – доступу в бази даних, контролю спілкування й ін.), особистісними особливостями безпосередніх керівників, організаційною культурою [116]. Успішність професійної діяльності суб'єкта в професіях типу “людина-людина”, як правило, не може бути зведена лише до результативності. Вона звичайно є інтегральним феноменом (кількісні і якісні показники діяльності психофізіологічні витрати, задоволеність працею, оцінка людиною своєї праці і її оплати, взаємини з колегами і керівництвом, їхня оцінка праці суб'єкта й ін.). Крім цього, у професіях типу “людина-людина” відчутним є вплив факторів зовнішнього середовища, таких як соціально-економічна політика держави у певні періоди, різні соціально-психологічні феномени громадського життя, що одночасно охоплюють персонал різних організацій [116]. В структурі діяльності фахівців, що працюють з людьми виділяють наступні задачі: розуміння психологічного змісту різних життєвих та професійних ситуацій, дій, вчинків та інших проявів особистості клієнта; прогнозування способів поведінки та розробка змістовних та адекватних втручань у контексті відповідних ситуацій; адекватне розуміння себе, своїх емоцій, станів, думок; опанування навичками психологічної релаксації, що запобігатимуть професійному вигорянню; реалізація власного особистого та професійного потенціалу.

З'явилася необхідність розрізняти підтипи в професіях типу “людина-людина” (“людина-людина”, “людина – соціальна контактна група”, “людина – соціальні групи” і ін.), оскільки вони часто передбачають різні трудові функції суб'єктів. Так і в професії “психолог” вимоги до ПВЯ психолога-дослідника, викладача, тренера (фасилітатора), зовнішнього оргконсультанта, внутрішнього оргконсультанта (психолога в організації), психотерапевта та ін. дуже різняться [116].

Узагальнення професіограм [100] різних професій, що відносяться до типу “людина-людина” (вчитель, менеджер, психолог, тренер, іміджмейкер, тілоохоронець, та ін.) дозволило нам виділити такі спільні для них риси:

1. Якості, які забезпечують успішність виконання професійної діяльності: 1) здібності: комунікативні (навички спілкування і взаємодії з людьми), організаційні, вербальні (вміння говорити ясно, чітко, виразно), ораторські, розвинуті мисленеві якості, розвинуті мнемічні здібності, високий рівень концентрації уваги, здатність впливати на оточуючих, психічна та емоційна врівноваженість, здатність до співпереживання; 2) особистісні якості, інтереси та схильності: високий ступінь особистісної відповідальності, самоконтроль та врівноваженість, терпимість та безоцінне ставлення до людей, інтерес та повага до іншої людини, потяг до самопізнання та саморозвитку, оригінальність, винахідливість, різнобічність, тактовність, вихованість, цілеспрямованість, енергійність, артистизм, вміння прогнозувати події, вимогливість до себе та інших.

2. Якості, які перешкоджають ефективності професійної діяльності: неорганізованість, психічна та емоційна неврівноваженість, замкнутість, невпевненість у собі, безініціативність, агресивність, ригідність мислення, егоїстичність, неакуратність, відсутність організаційних здібностей, низький інтелектуальний рівень, явні фізичні вади. Як справедливо зазначив В. О. Толочек [120] та О. М. Кокун [60], психологія професійного становлення сучасного фахівця, структура і зміст професійної компетентності визначаються специфікою праці. У професіях типу “людина-людина” особливого значення набуває підсистема психологічної компетентності, що забезпечує ефективну взаємодію суб’єкт-суб’єктних відношеннях. Психологічна компетентність – це система знань про людину як індивіда, суб’єкта, особистості й індивідуальності, включеної в міжособистісну взаємодію, що забезпечує її ефективність [120].

Розглянемо загальні психологічні особливості професійного становлення фахівців на прикладі типової професії типу “людина-людина”, як фахівець відділу прийому звернень регіонального контактного центру.

Складна соціально-економічна ситуація в країні негативно відбивається на психологічному здоров’ї населення, насамперед на молодому поколінні та на людях похилого віку, пенсіонерах, осіб пільгової категорії тощо. Про наявність великої кількості стресогенних факторів у житті людини говорять уже давно, як зарубіжні, так і вітчизняні вчені. А питання збереження психологічного здоров’я є надзвичайно актуальним завданням на сучасному етапі розвитку

суспільства. Особливо це актуалізується у зв'язку з високим рівнем стресу у робочій сфері особистості, яку посилює ситуація соціально-економічної кризи. Це стосується практично усіх професій, однак у більшій мірі відбивається на представниках тих, котрі лежать у площині «людина-людина», до якої, зокрема, належить і професія фахівця відділу прийому звернень регіональних контактних центрів.

Регіональний контактний центр є бюджетною установою, яка належить до сфери управління місцевих органів виконавчої влади та є суб'єктом Єдиної системи опрацювання звернень

Основним завданням регіонального контактного центру є забезпечення належного розгляду органами виконавчої влади, Секретаріатом Кабінету Міністрів України, Офісом Президента України, державними колегіальними органами звернень, що подаються громадянами, фізичними особами – підприємцями, підприємствами, установами, організаціями, органами місцевого самоврядування (далі – заявники) за допомогою цілодобової телефонної лінії регіонального контактного центру та через Інтернет.

Регіональний контактний центр відповідно до покладених на нього завдань забезпечує за допомогою програмно-технічного комплексу Єдиної системи прийняття звернень, які надійшли за допомогою засобів телефонного зв'язку та з використанням Інтернету; реєстрацію звернень в Єдиній електронній базі даних звернень.

Відділ прийому звернень це фізична локація, на яку покладено функції з прийняття звернень за допомогою засобів телекомунікації; реєстрація звернень в єдиній електронній базі даних звернень; консультування та інформування заявників, надсилання звернень підрозділам органу та іншим органам відповідно до компетенції для розгляду по суті порушених питань.

Основні очікування від фахівців відділу прийому звернень регіональних контактних центрів пов'язані з ефективністю його роботи: стійкістю до стресу та професійного вигорання, здатністю зберігати емоційну стабільність та впливати на емоції заявника. Ці здібності пов'язують із компетенціями емоційного інтелекту [18, с. 26].

Дослідження І. М. Андрєєвої [18, с. 26] показали, що високий рівень емоційного інтелекту знижує інтенсивність негативних емоцій та зменшує ризик розвитку професійного вигорання. Проте питання взаємозв'язку емоційного інтелекту та розвитку професійного вигорання у фахівців відділу прийому звернень регіональних контактних центрів залишається маловивченим.

Швидкий темп життя, соціально-політичні та соціально-економічні зміни, які відбуваються в Україні сьогодні, висувають до фахівців

прийому зверень високі вимоги: толерантність та небайдужість до проблем громадян України.

Специфіка даної професії полягає у значній кількості емоційно складних та когнітивно-насичених міжособистісних контактів, які впливають на їх психологічний стан, обумовлюють виникнення емоційного напруження та розвиток професійних стресів. Одним із найскладніших наслідків його довготривалого впливу є виникнення синдрому професійного вигорання, високий рівень якого дезорганізує діяльність працівника, знижує його здатність до саморегуляції поведінки і управління ситуаціями різної складності.

Діяльність фахівця відділу прийому зверень передбачає інтенсивне і тривале спілкування з заявником по телефону. Труднощі телефонних комунікацій пов'язані з відсутністю здорового контакту, необхідного як для сприйняття невербальної інформації про особистісні характеристики заявника та його емоційний стан, передачі йому необхідної інформації. Крім того, всі види телефонних переговорів, як правило, мають часові обмеження та високу відповідальність за якість і достовірність інформації. Також можна відзначити, що погана передача сигналу чи спотворення тембру голосу утрудняють взаєморозуміння співрозмовників, неминуче створюють певну напруженість [28, с. 306–309]. При телефонній розмові соціальні працівники часто зіштовхуються із стресовими ситуаціями, які несуть потенційну загрозу виникнення синдрому професійного вигорання.

Характеристиками професійно важких ситуацій спілкування з абонентами є такі:

1. Когнітивно важкі ситуації, пов'язані із складною або некоректною поведінкою абонентів: панібратські звернення, сексуальні домагання, обмани, безглузді запитання, нерозуміння ситуації, нездатність пояснити проблему чи сформулювати запитання.

2. «Незрозуміла мова» (вербально важкі ситуації, пов'язані з поганою дикцією і слухом абонентів): невиразна чи тиха мова, дефекти мови, нечітко вимовлені слова, мова з сильним акцентом тощо.

3. Ситуації «затягування»: спілкування з заявниками, які повільно розмовляють та дуже довго аналізують отриману інформацію.

4. Емоційно негативні ситуації, пов'язані з агресивними абонентами: агресивні звернення абонентів, нецензурні висловлювання, приниження, образи, звинувачення, конфліктна поведінка.

5. Ситуації дисонансу: скарги абонента справедливі й правомірні, а фахівець відділу прийому зверення не може допомогти в силу конфіденційності інформації [109, с. 85–95]. Науковець О. Романовська [108, с. 103–107] виділяє три фактори, що відіграють істотну роль в синдромі професійного вигорання фахівців: особистісний, рольовий та

організаційний. Особистісний чинник включає мотивацію, способи реагування на стреси та інші індивідуальні особливості. Найуразливіші в цьому відношенні люди, що реагують на стрес агресивно, нестримано, прагнучи до суперництва. Також до вигорання здебільшого схильні трудоголіки, тобто працівники з високою самовіддачею та відповідальністю. Фактично такі працівники знайшли своє покликання в роботі, трудяться до самозабуття, з установкою на постійний робочий процес. Рольовий фактор пов'язаний з рольовою конфліктністю і рольовою невизначеністю, а організаційний фактор включає характеристики професійних завдань, характер керівництва, ступінь відповідальності тощо [108, с. 103–107].

Таким чином, здійснивши теоретичний аналіз наукової літератури щодо окресленої проблематики, ми дійшли висновку, що поняття стрес вперше було розглянуто у руслі фізіології та у подальшому було перенесено у площину психології. У ряді сучасних наукових розвідок поняття психологічний стрес розмежовано на наступні різновиди: емоційний, інформаційний, організаційний та професійний. Однак, неузгодженим наразі лишається визначення самого поняття стрес, що обумовлено розгалуженістю поглядів як вітчизняних, так і зарубіжних науковців на сутність та зміст останнього.

Проаналізувавши теоретичні підходи до визначення поняття «емоційне вигорання» ми дійшли висновку, що означений термін як і переважна більшість наукової термінології, яка наразі активно використовується у межах вітчизняної наукової спільноти, зазначене поняття має зарубіжне походження.

У науково-довідковій літературі, зокрема у зарубіжних словниках, поняття «вигорання» інтерпретується як стан емоційного або психічного виснаження, що обумовлений стресом, перевтомою або умовами трудової діяльності.

У зарубіжній психології переважна більшість науковців, розглядаючи проблематику емоційного вигорання, намагалася визначити структуру та фактори останнього, не приділяючи належної уваги конкретизації визначення та змісту самого поняття.

В межах наукової спільноти пострадянського простору, проблематика емоційного вигорання набула своєї актуальності у 90-х роках ХХ століття. Ґрунтуючись на наукових розробках та здобутках закордонних колег, вітчизняні дослідники прагнули визначити природу та сутність «емоційного вигорання». Однак через досить розширений синонімічний ряд перекладу з англійської мови поняття «burnout», в межах вітчизняної науки можна спостерігати еkleктичність визначення означеного поняття, зокрема такі, як: «емоційне вигорання», «емоційне

перегорання», «емоційне згорання», «психічне вигорання», «синдром професійного вигорання», «синдром професійної деформації», які на даний момент не надають змоги виокремити узальнене визначення означеного поняття.

В українській психології дослідники, так само як і їх зарубіжні колеги та науковці пострадянського простору пов'язували виникнення емоційного вигорання з професійною діяльністю та стресами, які відбуваються у її межах.

Враховуючи еkleктичність поглядів науковців на зміст та сутність поняття «емоційне вигорання», в межах нашої роботи під останнім ми будемо розуміти фізичне, емоційне та розумове виснаження, що проявляється у професіях системи «людина-людина» і включає в себе три основні складові: емоційну виснаженість, деперсоналізацію, редукцію професійних досягнень.

Як зарубіжні, так і вітчизняні науковці виокремлюють дві великі групи факторів, які впливають на формування та розвиток синдрому емоційного вигорання – особистісні або внутрішні та організаційні або зовнішні. У якості факторів, які власне впливають на розвиток синдрому емоційного вигорання у військовослужбовців науковці здебільшого виокремлюють умови та зміст трудової діяльності.

У психології професійна деформація сприймається як когнітивне перекручування, психологічна дезорієнтація особистості, що формується через постійний тиск зовнішніх і внутрішніх факторів професійної діяльності, психологічних якостей особистості, що приводить до формування специфічно-особливого професійного типу.

Професійна деформація – когнітивне перекручування, психологічна дезорієнтація особистості, що формується через постійний тиск зовнішніх і внутрішніх факторів професійної діяльності, і особистості, що приводить до формування специфічно-професійного типу.

Найбільш піддаються професійній деформації особи, що працюють із людьми, наприклад, працівники правоохоронних органів, керівники, депутати, соціальні працівники, педагоги, медики, продавці, самі психологи. До цієї групи слід зарахувати і фахівців регіональних контакт-центрів. Це робота переважно в негативному емоційному полі. Суть цього фактора в тому, що більшу частину робочого часу працівники практично будь-якої зазначеної спеціальності мають справу з матеріалом, що фактично викликає лише негативні емоції.

Нагромадження емоційного досвіду в процесі роботи, з одного боку призводить до виснаження ресурсів, з іншого – до розвитку захисних психологічних механізмів у вигляді особистісної відстороненості, розширення сфери економії емоцій та інших ознак емоційного вигорання.

У психології синдром емоційного вигорання розуміється як один із захисних механізмів, що виражається в певнім емоційному відношенні фахівця до своєї професійної діяльності [40].

Розрізняють стреси професійні, особистісні, стреси відповідальності. До професійних стресів можна зарахувати входження в нове професійне середовище, ситуації нововведень і конфліктів у цій сфері, ситуації зміни вимог до професії, внутрішніх криз, професійного зростання, кар'єри. Так ситуації нововведень і конфліктів у професійній сфері можуть сприяти появі в людини стресових виявів: безпорадності, емоційної напруженості, зниження працездатності, рівня самокритичності.

Х. Шредер виділяє п'ять груп особистісних змінних, відповідальних за інтенсивність та якість реакції на стрес: когнітивні структури, уявлення про себе, поведінкові програми, мотиваційні структури, досвід міжособистісної поведінки.

Виділяють 3 типи людей, найбільш вразливих до синдрому емоційного вигорання:

1. Педантичний. Характеризується сумлінністю, хворобливою акуратністю, прагненням у будь-якій справі домогтися зразкового порядку, зайвою прихильністю до минулого. Симптоми перевтоми – апатія, сонливість.

2. Демонстративний. Характеризується прагненням превалювати у всьому, властивий високий ступінь виснаженості під час виконання рутинної роботи. Перевтома виражається в зайвій дратівливості, гніві.

3. Емотивний характеризується чутливістю, вразливістю, схильністю сприймати чужий біль граничить із патологією, із саморуйнуванням [54].

Людина може почуватися виснаженою після гарного сну й навіть після вихідних. Для турботи про себе їй потрібні додаткові зусилля. Ознаки й симптоми третьої стадії емоційного вигорання є хронічними. Можуть розвиватися фізичні та психологічні проблеми типу вразливості й депресії; спроби піклуватися про себе, як правило, не дають результату, а професійна допомога може не дати швидкого полегшення [123].

Фахівці контакт-центрів демонстрували найвищий рівень стресу, пов'язаного з перевантаженістю роботою, спробами задовольнити численні потреби заявників і конфліктами на робочому місці. Найсильнішими стресорами для них виявилися етичні конфлікти, пов'язані з питаннями правильності в роботі, конфлікти в команді співробітників, невизначеність розподілу ролей, навантаженості та організаційні недоліки в роботі. Існує безліч моделей складної взаємодії різних психологічних факторів, що впливають на стресові переживання. Стресові події самі по собі дуже рідко стають причиною психічних

розладів. Тільки в поєднанні з різними внутрішніми й зовнішніми чинниками стресори призводять до невдалої адаптації [122, с. 84–89].

Список використаних джерел:

1. Burisch M. In search of a theory: some ruminations on the nature and etiology of burnout. In *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Ed. W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. London : Taylor and Francis, 2003. P. 75–93.
2. Burke R. J., Richardsen A. M. Stress, burnout and health. *Handbook of stress, medicine and health*. Ed. C. Cooper. London : CRC Press, 2006. P. 101–117.
3. Cherniss C. The role of professional self efficacy in the etiology and amelioration of burnout. In *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Ed. W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. London: Taylor and Francis, 2001. P. 135–1.
4. Friedman M. & Rosenman R. H. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*, 1959, 169 с.
5. Condo K. Burnout syndrome. *Asian Medical J.* № 34. 2002. P 17.
6. Hobfoll S. E., Freedy J. Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. In *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Ed. W. B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. London: Taylor and Francis, 2003. P. 115–129.
7. http://chereshneva.ucoz.ru/publ/professionalnye_problemy_meditsinskogo_rabotnika/1-1-0-3
8. Maher E. The burnout. *Journal of consulting and clinical psychology*. № 7. 2000. P. 15–20.
9. Maslach Christina. The Client Role in Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*. 1978-10. Т. 34. Вып. 4. С. 111–124. ISSN 1540-4560 0022-4537, 1540-4560. D:10.1111/j.1540-4560.1978.tb00778.x.
10. Pines A. Burnout an existential perspective. In *Professional burnout: recent developments in theory and research*/Ed. W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. London : Taylor and Francis, 2000. P. 35–51.
11. Urs Baumann, Meinrad Perrez “Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie”, 1998.
12. Аболин Л. М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека. Казань : Издательство Казанского университета, 2002. 261 с.
13. Абрамова Г. С., Юдчиц Ю. А. Психология в медицине. Москва, 2001. С. 231–244.
14. Абрумова А. Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика. *Психологический журнал*. Москва : Наука, 2005. Т. 6. № 6. С. 107–115.
15. Авхименко М. М. Некоторые факторы риска труда медика. *Медицинская помощь*. Москва : Медицина, 2003. № 2. С. 25–29.
16. Айві А. Цілеспрямоване інтерв'ювання і консультування : навч. посіб. Київ : Сфера, 2008. 325 с.

17. Ананьев Б. А. Введение в психологию здоровья. Санкт-Петербург : Питер, 2009. 123 с.
18. Андреева И. Н. Понятие и структура эмоционального интеллекта. *Социально-психологические проблемы ментальности* : 6-я Международная научно-практическая конференция. Смоленск, 2004. Ч. 1. С. 26.
19. Антоненко М. Проблема феномена “сгорание” у консультантов и волонтеров в работе телефона доверия. Казань, 2001. 290 с.
20. Аппаев М. Б. Психологические причины и способы предупреждения конфликтов между учителями и школьниками : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Ставрополь, 2001. 24 с.
21. Арцимович Н. Г., Чугунов В. С., Корнев А. В., Иванова Т. М., Чугунов Л. В., Оприщенко М. А. Синдром хронической утомляемости. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2003. С. 47–50.
22. Афанаскина М. С. Формирование у медицинской сестры клинического мышления. *Медицинская сестра*. Москва : Русский врач, 2001. № 6. С. 34.
23. Баклицький І. О. Психологія праці : підруч. 2-ге вид., перероб. і допов. Київ : Знання, 2008. 665 с.
24. Барабанова М. В. Изучение психологического содержания синдрома выгорания. *Вестник Московского университета. Серия 14. “Психология”*. 2004. № 1. С. 54.
25. Безносков С. П. Профессиональная деформация личности. Санкт-Петербург : Речь, 2004. 272 с.
26. Безносков С. П., Иваницкий А. Т., Кикоть В. Я. Профессиональная подготовка и её влияние на деятельность (проблема профессиональной деформации). Санкт-Петербург : Народное образование. 2000. 156 с.
27. Бессонова Л. А. Факторы профессиональной деформации личности в деятельности специалиста по социальной работе. *Вестник Тверского государственного университета*. 2010. № 8. 139 с.
28. Бойко В. В. Синдром “эмоционального выгорания” в профессиональном общении. Санкт-Петербург, 2002. 370 с.
29. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других. Москва : Наука, 2005. 154 с.
30. Борисова М. В. Психологические детерминанты психологического выгорания у педагогов: дис. канд. психол. наук : 19.00.07. Ярославль, 2003. 190 с.
31. Бочелюк В. Й., Бочелюк В. В. Методика та організація наукових досліджень із психології : навч. пос. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 360 с.
32. Бусовикова О. П. Исследование формирования синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности социальных работников. *Социальная работа в Сибири* : сб. науч. трудов. Кемерово : Кузбассвузиздат, 2004. 174 с.
33. Валовая Л. Тренинговые модули по профилактике синдрома профессионального выгорания среди сотрудников общественных организаций, работающих в сфере профилактики ВИЧ/СПИД : метод. реком. Киев, 2007.

144 с.

34. Ваниорек Л., Ваниорек А. Моббинг: когда работа становится адом. Перевод с немец. Москва, 2006. 189 с.

35. Василенко А. Ю. Осмысленность жизни как фактор профилактики эмоционального выгорания в профессиях типа “человек–человек”. *Социальные и гуманитарные науки на Дальнем Востоке*. 2009. № 4 (24). 113 с.

36. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). Москва : Изд-во МГУ, 2004. С. 34.

37. Вид В. Д., Лозинская Е. И. Синдром перегорания в психиатрии и его зависимость от терапевтической идеологии. *Российский психиатрический журнал*. 2001. № 1. С. 19–21.

38. Винокур В., Розанова М. Профессиональный стресс губит врача. Медицина Санкт-Петербурга. Санкт-Петербург : Издательство СПб ГУ, 1997. № 11. С. 28.

39. Медична психологія підруч. ; за заг. ред. І. Д. Спіріної, І. С. Вітенко. Дніпропетровськ, 2007.

40. Водопьянова Н. Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях. Психология здоровья ; под ред. Г. С. Никифорова. Санкт-Петербург : Издательство СПб ГУ, 2000. 336 с.

41. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. Санкт-Петербург : Питер, 2005. 212 с.

42. Гринберг С., Ауэрбах С. Практикум по управлению стрессом. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 353 с.

43. Гришина Н. В. Психология конфликта. 2-е изд. Санкт-Петербург : Питер, 2008. 544 с. (Серия “Мастера психологии”).

44. Демидова Т. Е. Профессиональная деформация работников социальной сферы в контексте организационной культуры. *Вестник Амурского государственного университета*. Вып. 42. Сер. «Гуманитар. науки». 2008. 56 с.

45. Доценко Е. Л. Психология манипуляции: феномены, механизмы и защиты. Санкт-Петербург : Речь, 2003. 344 с.

46. Дружилов С. А. Профессиональные деформации как индикаторы дезадаптации и душевного неблагополучия человека. *Сибирский педагогический журнал*. 2010. № 6. 178 с.

47. Заховаева А. Г. Основные проблемы философии сестринского дела. 2007. 367 с.

48. Заховаева А. Г. Сестринское дело. *Медицинский вестник*. 2003. № 2. С. 28–29.

49. Зеер Э. Ф. Психология профессий. Екатеринбург, 2005. 336 с.

50. Иванова Н. К. Система мероприятий по профилактике синдрома профессионального выгорания как необходимая составляющая работы с сотрудниками учреждения социального обслуживания. *Работник социальной службы*. 2009. № 4. 122 с.

51. Ильенко М. М., Пузиков Д. О. Профессиональное «выгорание» специалистов социальной работы : пособ. Москва : Юрайт. 2008. С. 306–309.

52. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 752 с.
53. Каменских В. Н. Профилактика профессионального выгорания в КЦСО “Выхино”. *Социальная работа*. 2010. № 2. 45 с.
54. Карамушка Л. М., Раковчена О. О. Комплексна оцінка проявів стресу у лікарів в умовах соціально-економічних змін. Лікарня у ХХ столітті: організація та управління медичною допомогою : матер. Всеукр. наук.-практ. конф. (5-6 черв. 2008 р.). Київ, 2008. 144 с.
55. Картрайт С., Кэри Л. Купер. Стресс на рабочем месте / пер. с англ. Харьков : Изд-во Гуманитарный Центр, 2004. 144 с.
56. Киршбаум Э. И., Еремеева А. И. Психологическая защита. Москва : Смысл, 2000. 81 с.
57. Киршин П. А. Опыт изучения и профилактики синдрома эмоционального сгорания работников социальной службы. *Работник социальной службы*. 2007. № 4. 105 с.
58. Киршин П. А., Методы психогигиены и психопрофилактики синдрома “эмоционального сгорания” социального работника. *Работник социальной службы*. 2010. № 8. 112 с.
59. Климов Е. А. Тип профессий «человек–природа». Мир профессий: Популярная библиографическая энциклопедия: в 4-х томах. Т.1. : Человек-природа. Вып. 2. Воронеж, 2008. С. 7–12.
60. Кокун О. М. Психологія професійного становлення сучасного фахівця : монограф. Київ, 2012. 200 с.
61. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Копаниця О. В., Малхазов О. Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.
62. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага : Авиценум, 2002. 405 с.
63. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. Москва : Академический проспект. 2003. С. 36–40.
64. Крон Т. Помощь находящимся в кризисном состоянии. *Вестник РАТЭПП*. 1995. №1. С. 37–45.
65. Кузьмина Ю. М. Профессиональная деформация как негативное явление в деятельности специалиста социальной сферы. *Отечественный журнал социальной работы*. 2008. № 4. С. 38–41.
66. Кузьмина Ю. М. Умения предупреждать профессиональную деформацию как обязательное условие профессионального развития специалиста социальной работы. *Вестник Казанского технологического университета*. 2010. № 3. С. 116–124.
67. Лаврова О. С. Синдром эмоционального выгорания и методы его предотвращения. *Работник социальной службы*. 2007. № 2. 116 с.
68. Леонова А. Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса. *Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы*. 2001. № 11. 16 с.

69. Леонова А. Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса. *Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы*. 2001. № 11. 16с.
70. Лешукова Е. Синдром сгорания. Защитные механизмы. Меры профилактики. *Вестник РАТЭПП*. 1995. № 1. С. 45-52.
71. Макаров В. В. Избранные лекции по психотерапии. Москва : Академический проспект, 2001. С. 56–9.
72. Макарова Г. А. Синдром эмоционального выгорания. *Вопросы социального обеспечения*. 2005. №8. 21 с.
73. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. Справочник практического психолога. Москва, 2006. 401 с.
74. Мардахаев Л. В. Профессиональная деятельность и деформация личности социального педагога. *Профессиональная деформация и проблемы профессионализма*. 2001. № 1.
75. Маркова А.К. Психология профессионализма. Москва : Знание, 2006. 45 с.
76. Маркова А. К. Психологія професіоналізму. Москва, 2006. 382 с.
77. Мартинюк І. А. Патопсихологія: навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 208 с.
78. Мінаков В. Ф., Куценко Г. І., Сошніків Е. І. Праця і здоров'я медичних працівників / за ред. В. К. Овчарова. Москва: Медицина, 2005. 216 с.
79. Моргенстерн Д. Тайм менеджмент. Искусство планирования и управления своим временем и своей жизнью. Москва : ООО «Добрая книга», 2002. 144 с.
80. Муфтахова Ф. С. Изучение проблемы синдрома эмоционального выгорания и поведение преодоления в стрессовых ситуациях. *Вестник Башкирского университета*. 2009. Т. 14. № 1. 293 с.
81. Наенко Н. И. Психическая напряжённость. Москва : Наука, 2000. 235 с.
82. Назмутдинов А. Р. Влияние синдрома “эмоционального сгорания” у представителей профессий “высшего типа” на формирование аддиктивного поведения. Актуальные вопросы психотерапии и психофармакологии. Челябинск, 2009. С. 381.
83. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. СПб. : Речь, 2012. 392 с.
84. Немчин Т. А. Состояние нервно-психического напряжения. Ленинград : Издательство Ленинградского университета, 2003. 87 с.
85. Никифорова О. А. Профессиональное “выгорание” педагогов. 2009. Учитель Кузбасса, 2008. № 2. 52 с.
86. Никишина В. Б., Василенко Т. Д. Психодиагностика в системе социальной работы. Москва : Владос-Пресс. 2004. 203 с.
87. Орел В. Е. Феномен “вигоряння” у закордонній психології: емпіричні дослідження й перспективи. *Психологічний журнал*. 2001. Т. 22. № 1. С 43–48.
88. Осухова Н. Г. Работать без профессионального выгорания: тренинг тренеров. *Социальная работа*. 2008. № 5. 36 с.

89. Очерки поведенческой психологии здоровья. Аргументы, факты, тесты : науч.-метод. пособ. ; под ред. Н. А. Барабаш. Кемерово : Издательство Кемеровской государственной медицинской академии, 2005. 245 с.

90. Папанова О. А. Синдром эмоционального выгорания у студентов – будущих социальных работников и способы его профилактики. *Высшее образование сегодня*. 2008. № 9. 53 с.

91. Полунина Н. В., Нестеренко Е. И., Мадьянова В. В. Инновационная деятельность лечебно-профилактических учреждений, её эффективность и влияние на состояние здоровья врачей. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. Москва : Медиа Сфера, 2002. № 4. С. 3–8.

92. Полякова О. Б. Деперсонализация как составляющая профессиональных деформаций и психологическая защита педагогов и психологов. *Педагогика*. 2009. № 10. 35 с.

93. Полякова О. Б. Особенности деперсонализации как составляющей профессиональных деформаций психологов и педагогов. *Мир психологии*. 2008. № 2. 244 с.

94. Полякова О. Б. Стрессоустойчивость как профессионально важное качество будущих психологов. *Мир образования – образование в мире*. 2008. № 3. 271 с.

95. Полякова О. Б. Эмоциональное истощение психологов и педагогов как акмеологическая проблема. *Профессиональное образование. Столица*. 2010. № 1. 24 с.

96. Попов Ю. В. Этика и профессиональный долг врача – конфликт и взаимодействие. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева*. № 4. 2004. С. 114–119.

97. Постнов В. В. Синдром эмоционального сгорания в наркологической клинике. Информационное методическое письмо. Оренбург. 2003. 345 с.

98. Постнов В. В., Дереча В. А., Карпец В. В. Профилактика синдрома эмоционального сгорания у врачей психиатров-наркологов : пособ. Москва, Оренбург, 2003. 546 с.

99. Прокохина М. И. Исследование формирования синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности социальных работников. *СОТИС – социальные технологии, исследования*. 2007. № 6. 103 с.

100. Пряжников Н. С., Ожогова Е. Г. Стратегии преодоления синдрома “эмоционального выгорания” в работе педагога. *Психологическая наука и образование*. № 2. 2008. 103 с.

101. Психологические тесты ; под ред. А. А. Карелина. В 2-х-т. Т. 1. Москва : ВЛАДОС, 2003. 312 с.

102. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособ. Самара : Издательский Дом “БАХРАХ-М”, 2001. 672 с.

103. Раковчена О. О. Основні прояви професійного стресу в медичних працівників. Психологічні та економічні основи забезпечення організаційного розвитку освітніх організацій : тези наук.-практ. конф. (22–23 трав. 2008 р.,

м. Біла Церква) ; за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки, Н. І. Клокар. Київ : Наук. світ, 2008. 137 с.

104. Раковчена О. О. Особливості моделі виникнення та розвитку професійного стресу в медичних працівників. *Актуальні проблеми психології. Т. 1: Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія* : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України ; за ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки. Київ : Міленіум, 2005. Ч. 19. С. 60–64.

105. Реан А. А., Баранов А. А. Факторы стрессоустойчивости учителей. *Вопросы психологии*. 2007. № 1. С. 45–53.

106. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології : навч. посіб. Київ : Кондор, 2005. 278 с.

107. Романов Е. А., Назмутдинов А. Р. Структура мета-программ у представителей профессий “высшего типа” с синдромом “эмоционального сгорания”. *Актуальные вопросы психотерапии и психофармакологии*. Челябинск, 2002. С. 43–48.

108. Романовська, О. В., Набільська, Є. М. Причини та особливості прояву синдрому «професійного вигорання» в соціальних працівників. *Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право*. 2011. Вип. 3(11). С. 103–107.

109. Ронгинская Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях. *Психологический журнал*. 2002. Т. 23. № 3. С. 85–95.

110. Селье Г. Некоторые аспекты учения о стрессе. *Общая психология* : сб. текст. Москва : Наука, 2003. 153 с.

111. Семичов С. Б. Теория кризисов и психопрофилактика (обзор литературы): в сб. “Неврозы и пограничные состояния”. Ленинград, 2001. С. 96–99.

112. Сергеева А. Синдром эмоционального сгорания. *Вестник РАТЭПП*. 1995. №1. С. 36-47.

113. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. Спб. : Речь, 2004. 349 с.

114. Сидоров П. И. Феномен профессиональной деформации личности в современных условиях. *Медицина труда и промышленная экология*. 2010. № 9. 23 с.

115. Сидоров П. Синдром эмоционального выгорания. *Медицинская газета*. 2005. № 43. 21 с.

116. Синдром “професійного вигорання” та професійна кар’єра працівників освітніх організацій ; за ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки, Т. В. Зайчикової. Київ : Міленіум, 2004. 264 с.

117. Скугаревская М. М. Синдром эмоционального выгорания. *Медицинские новости*. 2002. № 7. 25 с.

118. Стреляу Я. Роль темперамента в психологическом развитии. Москва : Прогресс, 1982. 231 с.

119. Теперкина М. В. Способы предупреждения синдрома “эмоционального выгорания”. *Вестник Московского университета. Сер. 6. Психология*. 2006. № 6. 55 с.

120. Толочек В.А. Проблема стилей в психологии: историко-теоретический анализ. Москва : Изд-во Институт психологии РАН», 2013. 318 с.
121. Торхова В. А. Профилактика “профессионального выгорания” специалистов центра. *Работник социальной службы*. 2007. № 1. 86 с.
122. Трунов Д. Г. “Синдром сгорания”: позитивный подход к проблеме. *Журнал практического психолога*. 2002. № 5. С. 84–89.
123. Трунов Д. Г. И снова о “профессиональной деформации”. *Психологическая газета*. 2004. № 6. 34 с.
124. Трунов Д. Г. Про професійну деформацію практичного психолога. *Психологічна газета*. 2001. № 1. С. 15–29.
125. Тюрина Н. А. Социально-психологические условия преодоления профессиональной усталости работника социальной службы. *Работник социальной службы*. 2008. № 2. 79 с.
126. Ушаков И. Б., Сорокин О. Г. Адаптационный потенциал человека. *Вестник государственной академии медицинских наук*. 2004. № 3. С. 8–13.
127. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. Москва : Изд-во Института Психотерапии, 2002. 490 с.
128. Форманюк Т. В. Синдром “эмоционального сгорания” как показатель профессиональной дезадаптации учителя. *Вопросы психологии*. 2003. № 6. С. 57–64.
129. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Будапешт : Издательство Академии наук Венгрии, 2001. 286 с.
130. Харламова Н. Н. Профессиональная деформация как социально-культурная проблема современности. *Вестник Московского государственного университета культуры и искусств*. 2008. № 4. 174 с.
131. Хетагурова А. К. Этико-деонтологические аспекты в работе сестринского персонала. Сестринское дело. Москва : Издательский дом медицинский вестник, 2003. № 6. С. 34–35.
132. Ширинский В. Слуга народа или нахлебник у государства. URL : <http://www.medvestnik/Gazette/2002/03/p06-02.html> Edvina LMcConnell. Burnout in the nursing profession. New York. 2002.
133. Шульц И. Г. Аутогенная тренировка. Москва : Медицина, 1985. 65 с.
134. Юдина Л. Г. Педсовет Факторы риска профессиональной деформации личности педагога. Профилактика и коррекция синдрома выгорания. *Научно-методический журнал заместителя директора школы по воспитательной работ*. 2010. № 5. 96 с.
135. Юр’єва Л. М. Професійне вигоряння у медичних працівників. Київ : Сфера, 2004. 263 с.
136. Ясько Б. А. Психологія особистості та праці лікаря : курс лекцій. Ростов-на-Дону : Фенікс, 2005. 304 с.

Реуцький М.В.
старший викладач кафедри психології
ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет»

СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА: ІСТОРІЯ ВИЧЕННЯ ПИТАННЯ, ПСИХОЕДУКАЦІЯ ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИКА, ВИКЛИКИ ТА ФЕНОМЕНИ СУЧАСНОСТІ

Щороку більше мільйона людей у світі завершують життя самогубством та значно більша кількість людей роблять спроби позбавити себе життя. Кожне самогубство – це трагедія, що позначається на житті сімей, громад, трудових колективів, навчальних закладів, та, врешті – цілих країн та має довгострокові наслідки для рідних та близьких загиблого. Самогубства скоюються людьми різних вікових груп і у 2020-21 р. були четвертою причиною смертності серед осіб віком 15–29 років у всьому світі. Самогубства відбуваються у країнах із високим, середнім та низьким рівнем доходу – цей глобальний феномен уражає всі регіони світу. Це підтверджується тим, що у 2020-2021 рр. понад 80% самогубств у світі сталися у країнах із низьким та середнім рівнем доходу. Самогубства – серйозна соціально-психологічна проблема охорони здоров'я; проте їх можна запобігати, своєчасно застосовуючи науково-обґрунтовані і, найчастіше, недорогі та нескладні заходи профілактичного втручання. Задля більшої ефективності масштабних заходів превентивного реагування потрібна всеосяжна міжсекторальна стратегія профілактики самогубств, яка базується на побудові системи психоедукації та суїцидальної превенції. Наше дослідження присвячене вивченню питання джерел суїцидальної поведінки, опису та аналізу деяких сучасних соціально-психологічних феноменів, таких як епідемічний суїцид та кіберсуїцидальна поведінка – так звані «групи смерті» у соціальних мережах та пов'язані з цим індивідуальні та групові підліткові суїциди.

Аутоагресивна поведінка, на відміну від агресивної, спрямована на заподіяння шкоди самій людині, а не її оточенню (хоча існує інфантильний різновид аутоагресії, що поєднується з бажанням подібним нетрадиційним чином вплинути на близьке оточення та проявляється у шантажу і імітації самопошкоджуючих дій). Домінуючим способом аутоагресії є фізична агресія, хоча можна умовно виділити і аутоагресію, наприклад, у вигляді вербальної самопринижувальної та самозвинувачуючої (мазохістичної) поведінки, що виявляється у

презентації себе оточенню у невідгладному світлі, самообразі та обзиванні себе лайливими словами, наприклад, нікчемною істотою, нездатною ні на що особистістю.

Аутоагресивна поведінка проявляється у двох формах: самогубстві (суїцидальній поведінці) та самопошкодженні (парасуїцидальній поведінці). Їх відмінності закладені в кінцевій меті (смерті або членошкідництві) та ймовірності її досягнення. Під суїцидальною поведінкою розуміється навмисне прагнення людини до смерті. Вона може бути обумовлена формуванням внутрішньоособистісного конфлікту під впливом зовнішніх ситуативних факторів або у зв'язку з появою психопатологічних розладів, що викликають прагнення позбавлення життя без реального впливу зовнішніх ситуативних факторів. Якщо при першому варіанті спонукання до суїциду найчастіше усвідомлене, осмислене і довільне, то при другому можливе порушення свідомості, а саме - усвідомлення та розуміння сенсу власних намірів та дій, а також втрата довільності. Так, при синдромі психічного автоматизму в межах поліморфного розладу, суїцидальна поведінка може бути обумовлена відчуттям впливу неконтрольованої сили, що штовхає людину на ту чи іншу насильницьку дію щодо себе.

За класифікацією Еміля Дюркгейма, існують три типи суїцидальної поведінки: «аномічна», пов'язана з кризовими ситуаціями в житті, особистими трагедіями та чинниками; «альтруїстична», що реалізується заради блага інших людей та одобряється суспільством та релігією; «егоїстична», обумовлене конфліктом, що формується у зв'язку з неприйнятністю для конкретного індивіда соціальних вимог, норм поведінки, які нав'язуються людині суспільством та державою [5].

Аномічна суїцидальна поведінка найчастіше зустрічається у психічно здорових людей як реакція особистості на непереборні життєві труднощі та фруструючі події. Слід мати на увазі, що сам собою суїцидальний акт не може вказувати на наявність або відсутність у людини психічних розладів. Даний вид поведінки слід розглядати як спосіб психологічного реагування, обраний людиною залежно від цінності та значущості події, що відбулася. Можливе адекватне реагування в умовах важкого і надзначущого подразника – події, подолання якої утруднене або унеможливлене для особи через моральні настанови, деякі фізичні прояви та неадекватне реагування, при якому обрана суїцидальна реакція явно не відповідає стимулу.

У клінічній психології найбільш часті аномічні суїцидальні спроби осіб з хронічними соматичними захворюваннями, що супроводжуються вираженим больовим синдромом. Так, суїциди переважно трапляються в онкологічній клініці при діагностиці раку. Вони можуть бути розцінені і

як адекватні, і як неадекватні в залежності від ряду причин, незважаючи на те, що діагностування злоякісного новоутворення є важкою об'єктивно значущою психічною травмою. Розмежування проводиться на підставі критеріїв для розпізнавання гармонійного типу психічного реагування - тверезої оцінки власного стану без схильності перебільшувати його тяжкість, але і без недооцінки власного стану, а також прояви активності при проведенні терапевтичних заходів, спрямованих на усунення симптоматики та відновлення соматичного здоров'я. Найбільш важливим є реалістичність оцінки стану власного здоров'я на підставі медичних критеріїв. Дуже небезпечним є витік конфіденційної інформації щодо діагнозу та успіху лікування – саме через подібні ситуації, незрозумілі терміни або пошук відповідей на розпливчасті формулюванні лікаря у Інтернеті виникають важкі переживання, фантазії та надціннісні ідеї щодо хвороби у хворих. Суттєво важливим виявляється і ставлення до необхідності терапії та активність участі пацієнта у реабілітаційних заходах. Як було показано вище, на можливість лікування при онкологічних захворюваннях впливає психологічний настрій і активність у лікуванні, тоді як депресія, песимізм і відмова від необхідних медичних заходів здатні прискорити погіршення стану пацієнта.

Аномічний тип суїцидальної поведінки можливий і у випадках, коли життя ставить перед людиною світоглядну чи моральну проблему вибору того чи іншого вчинку, яку він не в змозі вирішити, обираючи відхід із життя. Людина може бути поставлена в умови вибору скоєння аморального вчинку чи дії, спрямованої на позбавлення себе життя. Вирішення цієї проблеми залежить від особистісних якостей індивіда, ситуації, і навіть його психічного стану у конкретний період особистісного розвитку.

Альтруїстичний тип суїцидальної поведінки також впливає з особистісної структури індивіда, коли благо людей, суспільства і держави ставиться їм вище за власне благо і навіть життя. Даний тип зустрічається у людей, орієнтованих на високі ідеї, що живуть суспільними інтересами та не розглядають власне життя у відриві від людей у оточенні та суспільства. Альтруїстичні суїциди відбуваються як психічно здоровими, що усвідомлюють реальний сенс того, що відбувається, так і психічно хворими особами, які перебувають, наприклад, у стані релігійного виступу або йдуть з життя за маревними мотивами «загального блага». Альтруїстичний тип суїцидальної поведінки еволюційно походить від дій людської особини, що попереджала інших представників про небезпеку, наражаючись на неї безпосередньо і усвідомлюючи, що її неможливо уникнути – приймала її на себе, рятуючи родину чи представників свого племені. Також альтруїстичний суїцид широко експлуатується державної

пропагандистською машиною у воєнний час – закликаючи до масового героїзму та самопожертви прикладами реальних та вигаданих героїчних вчинків. Альтруїстичний суїцид підтримується традиційними (християнство – «за другі своя») та радикальними релігійними концепціями (шахіди у радикальних течіях ісламу). Усвідомлений високий ризик під час проведення дослідів та експериментів у медицині або промисловості також за певних обставин може розглядатися як суїцидальна спроба або самопошкодження – з огляду на індивідуально-психологічні риси того, хто здійснює ці дії.

Егоїстичний тип суїцидальної поведінки виникає як відповідь на завищені вимоги з боку оточуючих, що пред'являються до поведінки індивіда. Такою людиною реалістичні нормативи та примус вибору відповідного типу поведінки починають сприйматися як загроза самостійності та екзистенційності. Людина приймає рішення про розставання з життям через недоречність її існування в умовах тиску та контролю з боку як близьких, так і суспільства в цілому. Суїцидальна поведінка є в даному випадку не реакцією індивіда на критичне становище, а позицією його щодо навколишнього світу. Нерідко егоїстичний тип поведінки зустрічається в осіб з патологією характеру (акцентуаціями та розладами особистості), які відчувають самотність, відчуженість, нерозуміння і свою незатребуваність. Прямо чи опосередковано це можна спостерігати зараз на тлі протистояння прихильників вакцинації від COVID-19 та її супротивників – так званих антивакцинаторів. Виділяються також індивідуальна, групова та масова форми самогубств. При індивідуальній формі істотна роль відводиться індивідуально-психологічним особливостям людини та параметрам ситуації. У рамках групових і масових самогубств домінуючим стає пресинг оточення та ситуації, тоді як індивідуальні властивості та якості людини відходять на другий план. Цілеспрямований чи опосередкований тиск із боку оточення на індивіда сприяє тому, що він обирає суїцидальну поведінку за принципом наслідування, відповідності вимогам референтної групи, приклад якої є визначним для індивіда (самогубства громад псевдорелігійних деструктивних спільнот та харизматичних культів).

Виділяється досить багато способів самогубств: самоповішення; самозадушення; самоутоплення; самоотруєння; самоспалення; самогубство за допомогою колючих та ріжучих предметів; самогубство за допомогою вогнепальної зброї; самогубство за допомогою електричного струму; самогубство за допомогою використання рухомого транспорту або рухомих частин механізмів; самогубство під час падіння з висоти; самогубство за допомогою припинення прийому їжі; самогубство переохолодженням або перегріванням [5].

Вибір способу самогубства залежить від соціальних, культурно-історичних, релігійних, естетичних, ситуаційних моментів та індивідуально-психологічних особливостей людини. Нерідко традиції можуть спонукати індивіда до тих чи інших пріоритетів при виборі способу відходу з життя, наприклад: військові обирають культурально-прийнятні способи – вогнепальна зброя у нашій культурі, ритуали дзігай, сепоку та харакірі - використання холодної зброї у Японії. Культурологічний та етнопсихологічний аспект знаходить відображення у факті не однакової поширеності аутоагресивної суїцидальної поведінки в різних регіонах світу. Відомо, що протягом останніх десятиліть перше місце у світі за поширеністю суїцидів утримує населення Угорщини, Скандинавії, а в Україні, на жаль, саме Дніпропетровської області, що пояснюється сукупністю чинників (військові дії, соціально-економічна та політична нестабільність, депресивна економіка постіндустріального регіону, погана екологічна ситуація). Саме цей факт дозволяє трактувати вибір суїцидальної поведінки як ознаку впливу етнокультуральних особливостей.

Вважається, що вибір способу суїциду обумовлюється переважно естетичними уявленнями людини. На думку Л. З. Трегубова та Ю. Р. Вагіна, є три основні естетичні параметри вибору способу суїциду:

1. За рівних умов людина прагне вибрати той спосіб самогубства, який найбільше відповідає її поняттям про честь і красу; прийнятності та допустимості того чи іншого способу самогубства в даному соціальному середовищі;

2. За інших рівних умов людина прагне вибрати той спосіб, який, на її думку, веде до найменшого спотворення тіла;

3. За інших рівних умов людина завжди зважає на те, які естетичні переживання викличе зовнішній вигляд її тіла у оточуючих [5].

Поряд з естетичними критеріями при виборі способу аутоагресії, нерідко значущим є хворобливість, відчуття болю або безболісність передбачуваної дії. Людина з парасуїцидальними намірами може прагнути уникнути інтенсивного больового подразника, тоді як для індивіда з справжнім наміром покінчити життя самогубством характер болю не принциповий – буде він дуже високим та інтенсивним.

Частина осіб з аутоагресивною поведінкою (частіше з психічними аномаліями) скоює суїцид, має тенденцію до випробування болю і пов'язаних із нею сильних емоційних переживань, тоді результат аутоагресії був більш значним. Подібна специфіка відзначається при аутоагресивній поведінці в рамках адиктивного типу девіантної поведінки. Парасуїцидальні спроби здійснюються, як правило, з метою виведення себе зі стану нечутливості, безрадісності, беземоційності

шляхом випробування гострих афективно-шокових переживань. Для цього використовуються будь-які ризиковані та небезпечні для життя дії: удушення до ступеня появи перших ознак зміненого стану свідомості; ходіння над урвищем або по краю прірви, балкона, підвіконня, перила мосту; гра із зарядженою бойовими та холостими боєприпасами, зброєю, гра у так звану «російську рулетку» із використанням вогнепальної зброї; припікання або надрізання шкіри та інші больові дії (сучасне визначення – «селфхарм»); демонстрація оточенню рішучості здійснити суїцидальний вчинок з садомазохістичними прагненнями та отриманням задоволення при доведенні оточуючих до стану тривоги, захвату або жаху.

Вищеописана поведінка виникає при патохарактерологічному типі девіантної поведінки. Проте, мотиви такої поведінки принципово відрізняються: у межах адиктивної поведінки мотивом є феномен нестачі гострих відчуттів, при патохарактерологічному — епатаж, конфронтація з оточуючими. Особи з істеричними розладами особистості частіше обирають парасуїцидальну демонстративну поведінку, при якій за допомогою шантажу та провокацій намагаються досягти бажаного результату. Якщо ж вони схиляються до справжнього суїциду, то роблять вибір, як правило, ґрунтуючись на естетичних критеріях («як я виглядатиму в труні»), віддаючи перевагу наступним способам: самоотруєнню, самоповішенню, самоутопленню, самогубству за допомогою вогнепальної зброї або шляхом заподіяння собі важких механічних ушкоджень. Особи зі збудливими рисами характеру схильні здійснювати аутоагресію під впливом афектогенної ситуації, не роздумуючи над способом самогубства. Інколи, переживши подібну спробу, такі особи висловлюють щирий жаль з приводу заподіяної шкоди здоров'ю та страждань близьких.

Особливу групу аутоагресивної поведінки складають психічно хворі, вибір суїцидальної поведінки яких обумовлений психопатологічними особливостями наявних порушень. Найбільш небезпечними з точки зору суїцидальної та парасуїцидальної поведінки вважаються такі психопатологічні синдроми: депресивний, іпохондричний, дисморфоманічний, вербального галюцинозу, паранояльний і параноїдний. Суїцидальні думки, наміри та дії є типовими для депресивного синдрому як психотичного, так і непсихотичного рівня. Зниження настрою супроводжується заниженням самооцінки, появою ідей про небажання жити, неможливості впоратися з «душеvim болем» та проблемами. Пацієнт, схильний до інтрапунітивного реагування, висуває звинувачення себе у всіх бідах, самоприниження та образи себе. При тужному варіанті депресивного синдрому рішення позбавити себе життя добре сплановане і вистраждане пацієнтом. При тривожно-депресивному

перебігові хворий приймає рішення на висоті тривоги, занепокоєння та ажитації. Найбільш важким варіантом депресії вважається депресивно-іпохондричний (нігілістичний) синдром Котара, при якому пригнічений настрій поєднується з маревними ідеями заперечення власного тіла або окремих його органів і частин, з переконанням, що світ з вини хворого загинув і зник. Іпохондричний синдром з домінуванням маревних чи надціннісних ідей про наявність у людини невиліковного захворювання часто призводить до формування прагнення піти самотійно з життя. При дисморфоманічному синдромі джерелом подібного рішення стає хибна переконаність у наявності у людини потворностей, помітних навколишнім і засуджених ними. Пацієнт намагається покінчити життя самогубством внаслідок того, що відчуває глибокі переживання через те, що оточуючі люди нібито звертають на нього увагу, підсміюються, «не дають проходу», розпускають плітки, і він не може показуватися в суспільстві. Галюцинаторні (частіше вербальні) образи можуть провокувати аутоагресивну поведінку через дві причини: по-перше, внаслідок того, що стають «нестерпними» оскільки не припиняються ні на хвилину протягом доби, тижнів, місяців; по-друге, через те, що «голоси» можуть відкрито і прямо наказати пацієнтові вчинити самогубство, звинувативши його в якихось провинах.

Відмінності аутоагресії при різних типах девіантної поведінки часто виявляється при мотивуванні як вибору даного способу поведінки, так і відмови від нього. Відомо, що у хворих на поліморфний розлад, мислення яких характеризується амбівалентністю, розірваністю та алогічністю, мотиви прийняття рішення виявляються специфічними. Специфічну групу складають особи, які здійснюють аутоагресивні групові та масові акти з релігійних міркувань. Їхній мотив розчиняється в загальногруповому мотиві – принести себе в жертву, вчинити самогубство заради якоїсь спільної мети та високої ідеї. Подібна поведінка спостерігається, як правило, при адиктивному поведінці у вигляді релігійного фанатизму і відбувається під впливом підвищеної навіюваності людей, включених в емоційно значущі групові та колективні взаємовідносин. У програмах із запобігання суїциду та на гарячих лініях з потенційними самогубцями психологи з пацієнтами, взаємодіють, як з людьми у кризовій ситуації – тобто тими, хто відчуває сильний стрес, з яким неможливо упоратися, які відчувають нестерпний душевний біль та інтерпретують свою ситуацію як таку, яку неможливо змінити. Ці програми пропонують кризове втручання, у ході якого намагаються допомогти об'єктивніше оцінити свою ситуацію, потенційних суїцидентів вчать приймати розумніші рішення, діяти конструктивно та долати свою кризу. Оскільки кризи трапляються у людей у будь-який час, центри, в

яких проводяться ці програми, мають працювати цілодобово, давати інформацію про свої гарячі лінії та завжди приймати тих, хто приходить чи телефонує без запису та попередньої домовленості.

Кризове втручання – метод корекції поведінки, при якому робиться спроба допомогти людям у стані психологічної кризи, точніше поглянути на свою ситуацію, прийняти ефективніші рішення та діяти більш-менш конструктивно щодо подолання кризи. Найчастіше, як правило, використовується метод, вперше застосований Лос-Анджелеським центром для запобігання суїциду. Під час першого контакту перед консультантом стоїть кілька завдань:

1. Встановити позитивні взаємини: ті, хто зателефонував, повинні довіряти консультантам, якщо вони збираються дотримуватися їх пропозицій, консультанти намагаються встановити позитивний тон дискусії. Вони говорять тим, хто зателефонував, що вони слухають, розуміють, що їх цікавить усе, що їм говорять, що вони не засуджують того, хто зателефонував, і з ними завжди можна буде зв'язатися, використовують техніки утримання уваги, підтримки та активного слухання.

2. Розуміння та прояснення проблеми: консультанти спочатку самі намагаються зрозуміти характер конкретного кризового стану і потім допомагають людині так само чітко та конструктивно зрозуміти її. Консультанти намагаються допомогти тим, хто дзвонить, побачити головні проблеми і зрозуміти всю короткочасну природу їхньої кризи, вони допомагають знайти інший вихід із ситуації, крім суїциду.

3. Оцінка потенціалу суїциду: працівники кризової служби в центрі із запобігання суїциду в Лос-Анджелесі розробили анкету, яка часто називається «шкалою летальності» – таким чином оцінюють потенційну можливість людини вчинити самогубство. Ця шкала допомагає їм визначити ступінь стресу, який відчуває той, хто зателефонував, його визначні особистісні характеристики, наскільки детально людина розробила план самогубства, тяжкість симптомів депресивного розладу і можливості подолання стресу, які має в своєму розпорядженні той, хто зателефонував.

4. Оцінка та мобілізація можливостей того, хто зателефонував; незважаючи на те, що ті, хто зателефонував, можуть вважати себе неефективними і безпорадними, люди з суїцидальними нахилами мають багато можливостей і сильних сторін, у тому числі допомогу родичів і друзів. Завдання консультанта з'ясувати, розрізнити та активізувати ці ресурси – дістатися безпечного місця, когось із родичів, людського оточення, лікувального закладу чи екстреної служби.

5. Формулювання плану: кризовий консультант і той, хто зателефонував разом, розробляють план дій. По суті вони розробляють спосіб виходу з кризи, альтернативу суїциду. Більшість планів містять ряд наступних консультацій або безпосередньо в центрі, або телефоном. У кожному такому плані від того, хто зателефонував, потрібне виконання певної дії з метою зміни свого особистого життя. Консультанти, як правило, укладають з тим, хто зателефонував, антисуїцидний контракт – той, хто подзвонив, обіцяє не намагатися накладати на себе руки або принаймі знову вийти на зв'язок з центром, якщо знову вирішить убити себе. Якщо ті, хто зателефонував, вже вчиняють самогубство під час телефонного дзвінка, то консультанти намагаються з'ясувати, де вони знаходяться і надають їм термінову медичну допомогу.

Важливим питанням залишається те, хто саме і в яких ситуаціях найчастіше вчиняє самогубство. Вже згадувалося, що не всі люди в стані депресії мають намір вчинити самогубство, але поза депресією самогубство відбувається дуже рідко. На сьогодні американськими дослідниками пропонуються декілька чинників підвищеного суїцидального ризику:

1. самотні чоловіки (розлучені та не мають близьких друзів) старше 40 років;
2. самотні особи (ті, які проживають самі);
3. підлітки віком від 13 до 17 років;
4. люди, що страждають на алкогольну та хімічні залежності;
5. люди, які зазнали великої втрати (загибель друга на війні, смерть близької людини);
6. люди похилого віку, які мають соматичні захворювання.

Виділяють дві умови, що сприяють спробам самогубства: перша – збільшення стресу до рівня, що важко переноситься індивідом; друга – нездатність подолати стрес поодиноці та за допомогою інших. Зазвичай, рішення про самогубство не виникає раптово. Часто передує серія спроб поділитися своїми намірами з іншими людьми. Найбільша ймовірність спроби самогубства посідає вершину екзистенційної кризи. Coleman (1972) відзначає три фактори, що сильно підвищують ризик при схильності до самогубства: міжособистісні кризи, падіння рівня самооцінки, втрата сенсу життя та перспективи. Shneidman (1969) вказує чотири умови, що сприяють можливості самогубства:

1. Депресивний розлад.
2. Дезорієнтація з галюцинаціями та маренням.
3. Прагнення повернути собі контроль за оточенням у певних обставинах, наприклад: невиліковно хвора людина може намагатися вчинити самогубство з метою взяти під контроль час своєї смерті.

4. Залежність від інших та велика незадоволеність таким становищем.

Дуже важлива риса потенційного самогубця – амбівалентність. Вона ускладнює розпізнання дійсних намірів. Тому про тих, хто намагався вчинити самогубство, іноді можна почути: «В нього не було депресії. Вчора ввечері у нього (неї) був гарний настрій». Консультант, який зустрічається з клієнтами, які мають суїцидні наміри, перш за все зобов'язаний проаналізувати власні установки та почуття до самогубства, знати їх заздалегідь. У роботі ніколи не слід приховувати свої справжні почуття.

Якісний міжособистісний контакт з консультантом може бути міцною ниткою, що пов'язує людину, що втратила надію, з життям. Іноді вважають, що обговорення з клієнтами можливості самогубства лише посилює їхні наміри. Однак, як правило, розмова про почуття, що підштовхують до самогубства, зменшує ймовірність реалізації спонукань. Тому консультант не повинен уникати обговорення з депресивними клієнтами проблеми самогубства. Тим самим він показує клієнту, що думки про самогубство можуть бути сприйняті та зрозумілі іншою людиною. Розглядаючи дуже серйозно будь-який намір самогубства, все ж таки не можна забувати про можливість маніпулятивної загрози з метою переконати консультанта у важливості своєї проблеми та претендувати на максимум його часу, як більшість симулянтів з істеричними рисами. Деякі клієнти говорять про самогубство з бажання помститися тим, хто їх недостатньо любить. Взагалі, елемент ворожості присутній майже в кожному самогубстві.

Зустрівшись у консультуванні з депресивним клієнтом, що висловлює суїцидні наміри, дуже важливо оцінити ризик їх реалізації. Від правильного прогнозу може залежати життя клієнта. На думку Pretzel (1972), задум самогубства має три складових: вибір засобу, вбивча міць засобу та його доступність. Якщо людина вже вибрала спосіб самогубства, який напевно забезпечує смерть, і засіб легко доступний, ризик стає дуже великим.

Через бурхливий перебіг світової пандемії COVID-19 на певний час поза увагою залишається ситуація з не менш небезпечною епідемією, яка вирує у світі вже не перше десятиріччя – епідемією розладів настрою за депресивним типом, – «хвороб цивілізації», що зумовлені великим обсягом інформаційного тиску на особистість, ситуацією відчуження через постійну взаємодію у системах «людина-машина» та «людина-знакова система», квазіспілкування у соціальних мережах, емоційне вигоряння та новітні феномени: примусова ізоляція та постковідні астеничні та антено-депресивні синдроми та депресивні розлади. Динаміка

таких станів поки що детально не вивчена клінічними психологами та лікарями-психіатрами, проте наслідки у вигляді активного поширення суїцидальної поведінки у різних соціальних групах вже формують погрозову динаміку у суспільстві – а тому психологам-консультантам варто бути максимально готовими до звернень клієнтів із депресивною симптоматикою. Одночасно з цим, надзвичайно важливою є функція психоедукації населення у галузі превенції самогубств, одним із завдань якої є деструкція основних суспільних та псевдопрофесійних «міфів» щодо суїцидальних намірів (О.М.Моховіков, 2005, В. А. Розанов, 2008, М.В. Реуцький, 2021), які часто озвучуються близьким, колегам та фахівцям – саме ігнорування та знецінення їх часто призводить до трагічних наслідків. Розглянемо найпоширеніші з міфів та ірраціональних стійких переконань щодо суїцидальної поведінки:

1. Якщо людина говорить про самогубство, вона намагається привернути до себе увагу. **Насправді:** люди, що говорять про самогубство, переживають психічний біль і хочуть повідомити про нього найближчих осіб.

2. Людина, що розповідає про самогубство, ніколи його не скоїть. **Насправді:** мова може йти про планування уходу з життя, перевірку реакції оточення або консультанта.

3. Схильна до самогубства людина остаточно вирішила померти. **Насправді:** потенційний суїцидент вагається до кінця, «чіпляється» за життя – телефонує близьким, колишнім партнерам, допізна гуляє вулицями.

4. Самогубство – це істеричний жест. **Насправді:** лише у такий спосіб деякі особистості можуть (на їхню думку) «достукатися» до суспільства, органів влади або керівництва держави.

5. Вкорочують собі віку лише «слабкі» люди. **Насправді:** серед суїцидентів велика кількість людей з високим рівнем самооцінки, самоконтролю, соціальним статусом та статками.

6. Самогубство трапляється без попередження. **Насправді:** до 90% суїцидентів подають навколишнім попереджувальні знаки про майбутній вчинок.

7. Схильність до суїциду є спадковим явищем. **Насправді:** генетично схильність до самогубства не передається. З дитинства людина наслідує або засвоює аутоагресивні моделі поведінки, прийнятні у її родинному колі та соціальних групах.

8. Ті, хто накладають на себе руки, психічно хворі. **Насправді:** більшість людей, що здійснюють самогубство, не страждають жодним психічним захворюванням.

9. Розмови про суїцид можуть сприяти його здійсненню. **Насправді:** розмова про самогубство не є причиною суїциду, але може стати першим кроком у його попередженні.

10. Якщо людина в минулому скоїла суїцидальну спробу, то більше подібне не повториться. **Насправді:** дуже багато людей повторюють спроби знову і досягають бажаного результату.

11. Замах на самогубство означає бажання померти. **Насправді:** переважна більшість суїцидентів швидше хочуть позбутися нестерпного психічного болю, ніж померти, тому часто звертаються за допомогою.

12. Усі дії, що призводять до самогубства, є імпульсивними. **Насправді:** більшість людей обмірковують свої плани, повідомляючи про них оточення.

13. Самогубству неможливо запобігти. **Насправді:** знання про те, куди слід звернутися за допомогою, може запобігти багатьом самогубствам.

14. Самогубці рідко звертаються по допомогу. **Насправді:** більше ніж 50% відсотків суїцидентів звертаються до лікарів та психологів.

15. Самогубство трапляється без попередження. **Насправді:** схильні до самогубства люди дають чіткі вказівки стосовно своїх планів залишити життя (терміново завершують справи, роздають та дарують значні та дорогі речі).

16. Покращення стану після кризи говорить про зниження суїцидального ризику. **Насправді:** багато самогубств трапляються у момент, коли особистість має достатньо сил та волі для здійснення своїх фатальних планів.

17. Самогубства і суїцидальні спроби - явища одного порядку. **Насправді:** суїцидальна спроба є закликом про допомогу у нестерпній ситуації, а не невдале самогубство.

18. Схильність до самогубства, що проявилася разово, зберігається впродовж усього життя. **Насправді:** суїцидальні думки можуть повертатися, проте вони непостійні і можуть більш ніколи не проявлятися – мало того, вони час від часу можуть з'являтися абсолютно у всіх умовно нормальних людей [10].

Саме на етапі вищезазначених звернень та скарг, уважність та особиста участь небайдужого члена колективу або фахівця може стати переламним моментом у формування та розвитку суїцидальної поведінки: за будь-яких можливих обставин слід утримати увагу людини впродовж бесіди та докласти максимальних зусиль з метою спрямувати її до фахівця: лікаря-психіатра, фахівця гарячої лінії з превенції суїцидів та кризової інтервенції. Потенційний суїцидент часто відчуває себе маленькою та незначною особистістю, смерть якої спричинить хоча б

якусь увагу до його життя – тут ефективним чинником вирішення ситуації може стати втручання безпосереднього адміністратора: класного керівника, куратора, командира – його підтримка та увага до життя співробітника [9].

Суїцид – це одна з тих самих вічних соціальних проблем, котра супроводжує людину на протязі усього історичного життя. На сьогоднішній день тема самогубства залишається досить гострою та актуальною, адже цілеспрямованого наукового вивчення її майже не відбувалось. Особливу увагу потрібно приділити вивченню суїцидальної активності підлітків. Аналіз проблеми дозволив зробити висновок, що найчастіше підлітки зважувалися звести рахунок із життям з метою:

- звернути увагу батьків, друзів або педагогів на себе (свою особистість, проблеми, почуття і т.інш.);
- в знак протесту проти байдужості, бездушності, цинізму і жорстокості дорослих;
- через відчуття самотності, власної непотрібності, від стресів, втрати сенсу життя і відсутності підтримки зі сторони близьких людей [4].

Перш за все потрібно сказати, що підлітковий вік – це період активного формування особистості. Він характеризується кризовим станом, підвищеною потребою у соціалізації та спілкуванні з однолітками, становленням «Я» образу, а на перший план виходить суспільно-корисна діяльність і інтимно-особистісне спілкування. Також відбувається загострення індивідуально-особистісних властивостей афективного, когнітивного та мотиваційного компонентів.

Таким чином, високий суїцидальний ризик мають підлітки, котрі:

- перенесли травму голови або мозкову інфекцію;
- мають різноманітні форми дисгармонічного розвитку;
- мають направленість на формування різних типів девіантної поведінки по типу ланцюжка;
- відрізняються високими моральними засадами і тенденціями до ідеалізації почуття любові і сексуальних відносин.

Крім того, великий вплив має виховання, відсутність життєвого досвіду, «книжкове» сприйняття світу, котре стикаючись із реальністю породжує депресивний стан та ідеї самоосуду.

У ході дослідження було виявлено характерну рису, котра мала місце у житті більшості підлітків-самогубців. Нею виступають специфічні особливості сімейних взаємовідносин, а саме: систематичне демонстрування недовіри, повна відсутність емоційної взаємодії (особливо з матір'ю), занадто високі стандарти системи вимог, тотальний контроль, а також порушення рольової структури в сім'ї.

Не отримуючи уваги, підтримки, розуміння та чуттєвого зв'язку підліток починає шукати прийняття на стороні і, вірогідно, потрапляє під вплив «груп смерті». Адже тут їх розуміють, приймають їх, спілкуються, цікавляться їх життям, вони серед однодумців, котрі бажають «допомогти». Крім основної тематики груп, вони активно обговорювали шкільні проблеми, обмінювалися анекдотами, мемами, відеороликами гумористичного або порнографічного характеру.

Інша ж категорія підлітків мотивується сильною емоцією – інтересом. Їм цікаво дізнатись що із себе представляють ці групи, так би мовити із середини. Проте невинний інтерес підлітків переростає спочатку в прив'язаність, бо «група» починає задовольняти їх потребу у визнанні і самоцінності, аж доки вона не переросте у залежність, або підлітку набридло виконувати завдання модератора.

Так, за словами Христини, нею рухав інтерес: «Спочатку з тобою зв'язується модератор, він дізнається, що ти за людина, скільки тобі років, з ким живеш, які відносини в родині, чи зустрічаєшся з кимось і що привело в цю гру. Я виконала всього шість завдань, але потім грати перестала – набридло розгадувати загадки...».

«Синий кит», «Тихий дом», «Разбуди меня в 4:20», «Млечный путь», «Море китов», «Беги или умри» «U19», «F57», «D28» – це лише частина назв, на справді їх значно більше. Пік активності та популярності цих угруповань прийшовся на 2014-2015 рік, проте їх відголоски й досі зустрічаються на просторах Інтернету.

Учасники таких «груп» – люди, котрі готують власну смерть під керівництвом адміністратора групи, куратора. Адміністратори подібних груп найчастіше самі виходять на підлітків, заводять розмову, звуть в «гру», проте може статись й інакше. Такі спільноти в соціальних мережах завжди закриті, що додає їм привабливості в очах підлітків – «Мене запросили, значить я – обраний!».

Суть гри полягає в тому, що відібраний учасник повинен виконати певну кількість завдань, останнім з яких є суїцид. Переважно, їх необхідно виконувати рано вранці. Це як раз той час, коли організм ще не вийшов зі стану сну, таким чином на підсвідомому рівні відбувається більш ефективний вплив. Протягом відведеного на виконання завдань часу підліток піддається залякуванню, наприклад, якщо він перестане грати, то загинуть його близькі та родичі. Таким чином відбувається акцент на втрату того, що в даний момент важливо для особистості, це ще й одна з причин попередньої бесіди куратора з учасником – дізнатись, на що можна буде натиснути у подальшому.

Підліток може вести зворотній відлік від 50 днів, де «1» це день самогубства. У цей день йому повинні присвоїти «номер» і надіслати

повідомлення схожого змісту: «Ви кит №13, стрибок». Останнє слово означає спосіб самогубства.

Втім існує чотири типи сценарію, за яким все це відбувається:

1. Куратор грає насправді, гравець грає насправді.
2. Куратор імітує гру, гравець грає насправді.
3. Куратор грає насправді, гравець імітує гру.
4. Куратор імітує гру, гравець імітує гру.

Серед них найпоширенішим є другий, в якому куратори лише імітують гру, наслідуючи приклад відомих груп, але при цьому упускаючи усі тонкощі створення атмосфери заохочення. Перший тип найчастіше висвітлюється в СМІ. Останні ж два типи висміюють смерть і моральну паніку, а в третьому ще й сам куратор потрапляє під гніт насмішок.

Проаналізувавши зміст підписок учасників таких груп, можна помітити, що їх основні інтереси сконцентровані на депресивних групах, групах з сценами насильства, також присутні фото порізів, похмурі картинки, сумна музика, тематичні фільми і книги (приклад: «Нерв», «50 днів до мого самогубства»). Вони мають кумирів, котрі вчинили самогубство, а ще створюють малюнки: китів, метеликів, дітей, що стоять на даху будинку або сидять на киті і подібне.

Однією з найбільш відомих «кумирів» соціальних мереж була 17-річна Рената Камболіна (Росія) (відома як Ірина Паленкова, або просто Ріна). Ця дівчина з міста Уссурійська кинулася під поїзд 23 листопада 2015 року. Напередодні вона зробила селфі на фоні товарного поїзду і помістила його на своїй сторінці в соціальній мережі з хештегом #няпока. У той же день фотографії обезголовленого тіла потрапили в Інтернет (за словами матері Ренати, їх виклав слідчий, тим самим порушивши принципи професійної етики), після чого вони стали активно поширюватися в мережі. Деякі з існуючих в грудні 2015 року «депресивних» груп почали використовувати її популярність, як ресурс для підвищення свого власного статусу. Відповідно, хештег #няпока став супроводжувати імітаційні та ідентичні спроби самогубств протягом декількох місяців.

Зустрічаються характерні слогани: «Кращі речі в житті починаються з букви «С» – сім'я, субота, секс, суїцид», «50 днів до смерті», «Скільки сумних буднів ти готовий проіснувати ТАК?», «Цей світ не для нас...», «Ня. Бувай!». Втім, це можуть бути і вірші, що оспівують бажання покинути цей світ, відчути «справжню свободу», «парити, як кит в хмарах».

Що ж потрібно робити, якщо ви помітили за своєю дитиною різку зміну в поведінці, режимі сну, селфхарм, немотивовану агресію, а на сторінках у соціальних мережах з'явилися вище наведені вирази,

малюнки, підписки або хештеги на кшталт: #150звезд, #синийкит, #хочувигру, #49 (або інша цифра від 50 до 1), #ня_пока і т.інш.? Перш за все потрібно негайно провести бесіду і пояснити підлітку, що своє життя і здоров'я не можна довіряти незнайомим людям, навіть у якості віртуальної гри. Ні в якому разі не сваріть підлітка, це не його/її вина. Замість цього важливо дати зрозуміти, що ви захистите його, а загрози від кураторів – це лише метод маніпуляції і боятися нічого. Крім того, необхідно звернутися до фахівців, а саме до психолога або психотерапевта. Неодмінно доведіть отриману інформацію до правоохоронних органів.

Координатор проекту «Молодіжна служба безпеки» Леонід Армер, посилаючись на дослідження психологічного факультету СПбГУ, проведене на замовлення Слідчого комітету, висунув наступну заяву: «Самі по собі суїцидальні ігри практично ніколи не були і не є причиною суїциду дітей. Так, може статися посилення тенденцій, які були у особистості до того, як вона прийшла у суїцидальну гру. На жаль, сюди потрапляють діти, вже підготовлені до суїцидальної тематики». Так, вчені проаналізували понад 200 кримінальних справ по самогубству і не знайшли безпосередньої прив'язки трагічних випадків до впливу Інтернету чи його контенту. Тому, Інтернет та «групи смерті» виступають, скоріше, способом виявлення дітей, у яких в тій чи іншій мірі були проблеми в реальності. Крім того, було сказано, що так звані куратори в «групах смерті» часто самі мають схильність до суїцидальної поведінки і нерідко міняються місцями із своїми «підопічними» [4].

Проте, питання безпосереднього впливу Інтернету та «груп смерті» на здійснення самогубства підлітками залишається відкритим для подальших досліджень. До того ж, наразі відсутня ефективна система захисних бар'єрів, котрі б достовірно знижували суїцидальний ризик особистості. А так як підлітки, схильні до цього ризику, найчастіше переносять активність реального життя на віртуальне, що в даний період самоізоляції та впровадження дистанційного навчання має тенденцію до підсилення цього та деяких інших негативних факторів. Тому рекомендація батькам: розмовляйте зі своєю дитиною, цікавтесь її життям, адже ви – її опора та підтримка, якщо цього не можете дати ви, то дадуть «групи смерті».

Втім, навіть висока кваліфікація психолога-консультанта та його високі прогностичні здібності інколи не можуть попередити не прогнозовані події у житті клієнта, що можуть раптово призвести до повторної суїцидальної спроби. Тому наприкінці ми наведемо зведений блок рекомендацій фахівцям, які працюють з проблемою самогубства на

випадок порушення клієнтом антисуїцидального контракту W. Menninger (1991):

1. Світоглядні установки:

1.1. Фахівець не може нести відповідальність за те, що говорить і робить пацієнт поза стінами терапевтичного кабінету («клієнт пішов – пішла проблема»).

1.2 Самогубство іноді відбувається всупереч дбайливому відношенню («година з терапевтом – 23 години у ворожому світі»).

1.3 Не можна запобігти самогубству, якщо пацієнт дійсно прийняв рішення.

2. Тактика при консультуванні пацієнтів із суїцидними намірами:

2.1 Необхідна пильність і готовність до невдачі (психотерапевт – не Бог).

2.2 У ризикованих випадках обов'язково консультуйтеся з колегами (інтерв'язійна та суперв'язійна робота, відвідування особистого терапевта, у вітчизняному варіанті – обов'язковий психіатричний супровід клієнта).

2.3 Необхідно обговорити з колегами самогубство пацієнта як можливий варіант його виходу із кризи. Слід пам'ятати, що роль консультанта полягає в тому, щоб застерегти пацієнта від самогубства та допомогти йому знайти інші способи вирішення проблем.

3. Як реагувати на самогубство пацієнта:

3.1 Виходити з того, що самогубство всім завдає біль.

3.2 Так чи інакше - Ви отримуєте приголомшливий досвід.

3.3 Не дивуйтеся пригніченому настрою, почуттям провини та злості.

4. Подолання наслідків самогубства пацієнта:

4.1 Скорбота - природна реакція, і всі переживають однаково.

4.2 Говоріть і переживайте, але без зайвого самозвинувачення.

4.3 Дозвольте собі виговоритися з колегами, друзями, дибрифінг є обов'язковим.

4.5 Пам'ятайте річницю сумної події, щоб не виявитися захопленими зненацька [3].

Список використаних джерел:

1. «Группы смерти»: от игры к моральной панике / А. Архипова, М. Волкова, А. Кирзюк и др. Москва : Исследовательская группа «Мониторинг актуального фольклора», 2017.

2. Жихарева Л. В. Виртуальные группы смерти: методология исследования. *Научные ведомости Белгородского государственного университета*. Белгород : Издательский дом «Белгород», 2018. Том 37. № 1. С. 141-147.

3. Комер Р. Патопсихология поведения. Москва, 2002. 608 с.

4. Красильникова А. О. Зв'язок «груп смерті» з підлітковим суїцидом. *Педагогіка і психологія: актуальні проблеми досліджень на сучасному етапі* : матер. міжн. наук.-практ. конф. (м. Київ, Україна, 2–3 квітня 2021 р.). Київ : ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2021. 180 с.
5. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учеб. пособ. 6-е изд. Москва : МЕДпресс информ, 2008. 426 с.
6. Памятка для родителей: как выявить вовлечённость в «группы смерти». URL : <http://viti-mephi.ru/sites/default/files/pages/docs/sk-memo.pdf>
7. Превенция самоубийств: руководство для лиц, оказывающих первичную медицинскую помощь ; под ред. д.м.н., проф. В. А. Розанова. Одесса : ОНУим. Мечникова, 2005.
8. Превенция самоубийств: руководство для учителей и других работников школ ; под ред. д.м.н., проф. В. А. Розанова, к.м.н., доц. А. Н. Моховикова. Одесса : ОНУ им. Мечникова, 2004.
9. Реуцкий М. В. Епідемічний суїцид: соціально-психологічні аспекти. *Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості* : матер. III Міжн. наук.-практ. конф. (м. Херсон, 30 верес. – 01 жовт. 2021 р.) Херсон : ФОП Вишемирський В.С., 2021. С. 69.
10. Реуцкий М. В. Роль психоедукації у подоланні стійких уявлень («міфів») про суїцидальну поведінку. *Сучасна система освіти і виховання: досвід минулого – погляд у майбутнє* : матер. Міжн. наук.-практ. конф. (м. Київ, Україна, 1–2 жовт. 2021 р.). Київ : ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2021.

РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНІ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Спіріна І. Д.

*доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України
професор кафедри психології
ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет»*

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Протягом останніх десятиріччь серцево-судинні захворювання залишаються основною причиною захворюваності, інвалідності, смертності населення більшості розвинених країн світу. Хвороби серця виявляються у кожного четвертого, при цьому економічні втрати з урахуванням вартості лікування і втрати працездатності досягають мільярдів доларів.

Збільшення тривалості життя населення призвело до збільшення частки захворювань, більш характерних для старших вікових груп – захворювань нервової системи, артеріальної гіпертонії, ішемічної хвороби серця та цукрового діабету. З другої половини ХХ сторіччя та до тепер основну проблему для охорони здоров'я стали представляти хронічні неінфекційні захворювання, і в першу чергу, хвороби системи кровообігу. У цей час патологія серцево-судинної системи займає перше місце серед причин захворюваності та інвалідизації, смертності у більшості країн світу.

Вивчення матеріалів світової статистики дозволяє зробити висновок, що стан здоров'я населення більшості країн європейського регіону визначають хронічні неінфекційні хвороби.

У фундаментальній роботі В. М. Коваленка, автор акцентує увагу на деяких фактах. Поширеність ішемічної хвороби серця має сьогодні глобальний характер: згідно з даними ВООЗ, від серцево-судинних захворювань у світі щороку помирає 17 млн пацієнтів. У структурі смертності від серцево-судинних захворювань частка ІХС становила 54 %, церебрального інсульту – 18 %, недостатності кровообігу і артеріальної гіпертензії – по 5 %. Існує статистика, що майже у 60 % померлих смерть настає в результаті серцевого нападу, який виник уперше в житті. В дослідженні MILIS, що включало 849 пацієнтів після інфаркту міокарда,

було показано, що інфаркт міокарда виникає на фоні повного благополуччя у 51,1 %, після емоційного стресу – в 18,4 %, після фізичного навантаження невеликої інтенсивності – в 14,1 %, після важкого фізичного навантаження – у 8,7 %, після безсонної ночі, інтенсивного розумового навантаження – в 7,7 % випадків.

В Україні 34 % хворих мають один фактор ризику, 28,2 % – два, 22,6 % – три і більше. Найбільший внесок у рівень смертності від ішемічної хвороби серця та судинних уражень головного мозку належить таким факторам, як систолічний артеріальний тиск (50 %) і куріння (48 %), дещо менше значення мають діастолічний артеріальний тиск (31 %), рівень холестерину і ліпопротеїдів низької щільності (відповідно 21 і 32%).

Також заслуговує уваги робота І. К. Следзєвської, в якій підкреслено, що найбільшу проблему становлять хвороби системи кровообігу, смертність від яких за період десятиріччя зростає на 13,3 % та перевищує середньоєвропейський показник вдвічі, а країн Євросоюзу – в 3,6 рази.

В аналітично-статистичному посібнику, підготовленому ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д.Стражеска» під редакцією Ю. О. Гайдаєва, В. М. Коваленка, В. М. Корнацького «Стан здоров'я населення України та забезпечення надання медичної допомоги» констатовано, що на сьогодні неінфекційні захворювання є причиною 86 % випадків смерті та 77 % хвороб в Європейському регіоні, з них серцево-судинні захворювання становлять переважну більшість. Оскільки більшість хронічних захворювань залежать від стилю життя, то усунення поведінкових факторів ризику уможливило б уникнути 80% випадків хвороб серця, інсульту та ін.

В Україні зберігається істотний розрив між тривалістю життя середньостатистичного українця і жителя Євросоюзу, що становить порядку 10 років.

Здоров'я людини схильне глибокому впливу двох абсолютно різних сукупностей чинників навколишнього середовища – фізико-хімічного і мікробіологічного фону і психосоціального оточення. Тоді як перше у нас загальне з більшістю інших вищих організмів, останнє відноситься виключно до *Homo sapiens* внаслідок біологічно штучного психосоціального «клімату», створюваного сучасним гарячково конкурентним суспільством.

Серед останніх згадаємо деякі найпоширеніші в даний час серцево-судинні «хвороби цивілізації», такі як первинна (есенціальна) гіпертензія (ПГ) і метаболічний синдром (МС). Хоча обидва захворювання по своїй природі є багаточинниковими, на їх індукцію в крупних популяціях

впливають опосередковані через ЦНС нейроендокринні дії, що виникають через психосоціальне напруження, властиве сучасному способу життя. Тоді як первинна гіпертонія відсутня в деяких сучасних анклавах популяцій, "захищених" від емоційного стресу, властивого життю в сучасному суспільстві, недавно одержані епідеміологічні дані, наприклад з Іспанії, свідчать, що в полуляціонній групі у віці 34-64 років не менше ніж у 45% (!) артеріальний тиск (АТ) знаходиться на рівні 140/90 мм рт. ст. або вище, що згідно, рекомендаціям ВООЗ обумовлює необхідність лікування.

Що стосується серцево-судинної системи, ми надамо увагу двом поширеним і важким «хворобам цивілізації», в яких ключову роль грає психосоціальний стрес, що виявляється через реакцію захисту (РЗ) і реакцію поразки (РП). Це первинна артеріальна гіпертензія і метаболічний синдром. В даний час продовжуються дискусії, що стосуються того, які з чинників впливу особливо важливі, причому для ПГ інтереси зосереджені на психосоціальному і сольовому чинниках, а для МС – на психосоціальному і харчовому. При ПГ має місце структурна адаптація серцево-судинної системи, що відбувається в серцевому м'язі та судинах під впливом тривалих навантажень і нейроендокринних трофічних дій.

Епідеміологічні дослідження дають підставу припускати, що прогностичне і, можливо, патогенетичне значення гіпер- і гіпохолестеринемії розрізняється у чоловіків і жінок середніх років, а також значно змінюється з віком. Зокрема, у жінок середнього віку гіперхолестеринемія грає менш значну роль в патогенезі ІХС, ніж у чоловіків. У літніх людей високі концентрації загального холестерину не завжди шкідливі, а низькі – не завжди корисні, оскільки поєднуються з підвищеною загальною смертністю і смертністю від раку. Крім того, гіпохолестеринемія, за деякими спостереженнями, поєднується з підвищеною частотою розвитку геморагічного інсульту, бронхолегеневих захворювань, а також випадків смерті від насильних причин (від самогубства, або травми). Ці дані слід враховувати при оцінці співвідношення користь/ризик у літніх людей і жінок, особливо перед призначенням гіпохолестеринемічних препаратів, наприклад статинів.

В даний час не викликає сумнівів той факт, що все статини є ефективними засобами первинної і вторинної профілактики ІХС у чоловіків середнього віку, які склали більшість хворих, що брали участь в рандомізованих контрольованих дослідженнях. За зведеними даними тривалих досліджень (3-6 років), у хворих на ІХС статини, знижуючи вміст загального ХС в крові в середньому на 20%, достовірно зменшують ризик розвитку інфаркту міокарду або інших коронарних ускладнень або подій на 20-40% і загальну смертність на 10-30%.

Давно відомо, що чинниками ризику розвинення ІХС є куріння, ожиріння, артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, малорухливий спосіб життя, цукровий діабет. Останнім часом, разом з чинниками навколишнього середовища враховується генетична схильність до цього захворювання. За останнє десятиріччя був знайдений цілий ряд мутацій, що призводить до раннього розвитку ІХС та інфаркту міокарду (ІМ).

Ожиріння в даний час є одним з найпоширеніших хронічних захворювань в світі. Темпи його розповсюдження набувають характеру неінфекційної епідемії, що в поєднанні з великою кількістю ускладнень ставить проблему ожиріння в ранг вкрай актуальних. Проте питання організації лікувально-профілактичної допомоги хворим з ожирінням залишаються теперішній час до кінця не розробленими. Відомо, що більшість потребуючих в лікуванні не могла потрапити на прийом до ендокринолога або почати лікування через страх перед необхідністю тривалий час дотримувати одноманітну малокалорійну дієту. Більшості пацієнтів, що приступили до лікування, не вдається досягти нормальної маси тіла, а темп зниження маси тіла в результаті неадекватно поставлених цілей лікування частіше за все виявляється значно менше очікуваного. У більшості хворих навіть після успішного лікування спостерігається рецидив захворювання. Відомо, що 90% хворих відновлюють початкову масу через 6 міс. після закінчення курсу лікування.

Пацієнтів з надмірною масою тіла і ожирінням можна зустріти на прийомі у лікарів різних спеціальностей. Проте традиційно такі хворі звертаються за допомогою до ендокринолога з метою виявлення ендокринних причин розвитку ожиріння. Але відомо, що на ендокринне ожиріння доводиться тільки 5% всіх випадків, решта форм – це аліментарно-конституціональне ожиріння.

Значення надмірної маси тіла як чинника ризику розвитку серцево-судинних захворювань останнім часом значно зросло, оскільки поширеність цієї патології в світовій популяції істотно збільшилася. За оцінками ВООЗ більш ніж у мільярда чоловік на планеті маса тіла надмірна. Вона сприяє підвищенню серцевого викиду, розвитку гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), дистрофічних порушень в міокарді, появі застійної серцевої недостатності. При цьому необхідно відмітити, що виявлення ГЛШ у пацієнтів з надмірною масою тіла і ожирінням представляє особливу трудність, оскільки надмірна маса тіла призводить у багатьох випадках до погіршення візуалізації при ехокардіографічному обстеженні і зниження вольтажу ЕКГ, а ці два методи є основними при діагностиці ГЛШ в клінічній практиці.

Цукровий діабет (ЦД) є незалежним чинником ризику ІХС, при цьому американська асоціація кардіологів з урахуванням високого ризику судинних ускладнень при ЦД 2-го типу відносить його до серцево-судинних захворювань. Відомо, що більш ніж у 60% хворих ЦД 2-го типу тривалість життя буде скорочена у зв'язку з раннім розвитком у них ІХС.

Необхідними складовими серцево-судинного ускладнення є дисбаланс ендотеліальної системи і процеси серцево-судинного ремоделювання. Судинний ендотелій – метаболічно активна тканина, утворена кооперацією спеціалізованих кліток, вистилаюча внутрішні поверхні органів серцевосудинної і лімфатичної систем, забезпечуюча їх атромбогенні властивості і регулююча обмін між кров'ю і тканиною. Дисфункція ендотелію служить ключовим моментом в розвитку деяких проявів ЦД і головною причиною супутніх судинних ускладнень даного захворювання.

Хворі ЦД, маючи достовірно підвищений ризик розвитку коронарного атеросклерозу, можуть перенести інфаркт міокарду (ІМ), що не супроводжується болями в грудній клітці. Виходячи з цих передумов, можна б було чекати більш високу частоту виявлення безбольової ішемії міокарду (ББІМ) у пацієнтів з ІХС на фоні ЦД в порівнянні з хворими ІХС без порушення вуглеводного обміну. Відсутність адекватної клінічної картини призводить до більш пізнього виявлення захворювання, часто вже на стадії важких ускладнень у вигляді раптової смерті або недостатності кровообігу. Проте не всі автори відзначають достовірні відмінності в поширеності ББІМ залежно від наявності ЦД.

Метаболічний синдром є поєднанням абдомінального ожиріння, артеріальної гіпертензії (АГ), дисліпідемії, гіперглікемії, інсулінорезистентності, порушення системи гемостаза і хронічного субклінічного запалення. Він може бути неповним, коли поєднуються не всі його складові. Найзначущіший критерій метаболічного синдрому – центральне (абдомінальне) ожиріння, і якщо при його наявності наголошується хоча б один з наступних чинників – підвищений рівень АТ, глюкози або ліпопротеїдів низької густоти, – можна говорити про метаболічний синдром. Домінуючими компонентами метаболічного синдрому є АГ, надмірна маса тіла і ожиріння. Інтерес до цієї проблеми пов'язаний з тим, що у хворих з метаболічним синдромом вищий ризик розвитку ішемічної хвороби серця в 3-4 рази, ішемічного інсульту в 2 рази, цукрового діабету в 3 рази, смертності від ІХС в 3 рази, а від інших причин в 2 рази в порівнянні з практично здоровими людьми.

Останніми роками набагато більше прогностичне значення надається не загальному ожирінню, а його абдомінальній формі. Їй відводиться роль провідної причини всіх порушень при метаболічному синдромі, у тому

числі і гіперінсулінемії і інсулінорезистентності. При аналізі показника поширеності абдомінальної форми ожиріння виявлені виражені статеві і вікові відмінності. В середньому таким ожирінням жінки страждають в 3 рази частіше, ніж чоловіки (відповідно 48,96 і 15,69 %), і як впливає з представлених даних значні тендерні відмінності виявляються у всіх вікових групах.

Вивчення серцево-судинної патології у жінок неможливе без урахування циклічних і вікових змін ендокринної системи. Однією з актуальних задач в даному контексті є розуміння змін серцево-судинної системи на фоні ендокринного старіння жінки. Слід зазначити, що прискореному ендокринному старінню сприяють такі чинники, як голодування, хронічний стрес, куріння (10-15 сигарет в день), неправильний прийом гормональних контрацептивів, багатоплідна вагітність в анамнезі, часте переривання вагітності, мешкання над рівнем моря вище 3500 м. Однією з частих патологій серцево-судинної системи жінки при розвитку абсолютного або відносного дефіциту естрогену є дисгормональна кардіоміопатія.

Останніми роками отримані принципово нові дані про механізми розвитку і прогресування коронарного атеросклерозу, що змінило концепцію патогенезу атеросклерозу. В основі патогенезу атеросклерозу лежить порушення функції ендотелію, зокрема, зниження біодоступності оксиду азоту як у результаті зниження його синтезу, так і в результаті його посиленого розпаду. Багато чинників ризику погіршують функцію ендотелію, знижуючи біодоступність оксиду азоту. Гіперхолестеринемія вважається головним чинником ризику розвитку атеросклерозу і його ускладнень, гігієрліпідемія знижує біодоступність оксиду азоту, порушуючи потік-залежну дилатацію артерій. За сучасними уявленнями, дисфункція ендотелію є головним чинником, що сприяє посиленню проникнення ліпопротеїдів низької щільності в інтиму в'язцевих артерій. Дисфункція ендотелію також є стимулюючим чинником до посилення експресії селективних і молекул адгезії на поверхні ендотеліальних клітин, які, зв'язуючись із циркулюючими в крові клітинами запалення, сприяють їх проникненню в міжклітинний простір. У результаті проникнення ліпопротеїдів низької щільності в субендотеліальний простір запускається каскад порушень гомеостазу, захворювання набирає хронічного запального характеру із в'ялим перебігом. Ступінь активності запалення обумовлює клінічні прояви ішемічної хвороби серця.

Речовини, що виділяються ендотелієм: вазоділататори (оксид азоту, простациклін, брадикінін та ін.), вазоконстриктори (ендотеліні I, ангіотензин II, тромбоксан і ін.), а також медіатори зростання грають істотну роль у виникненні і перебігу основних захворювань серцево-

судинної системи (атеросклероз, артеріальна гіпертонія, хронічна серцева недостатність).

Одержані дані про важливу роль порушень функціонального стану ендотелію в розвитку ХСН припускають перспективність вивчення впливу лікарських засобів на зміст ендотеліальних медіаторів (ендотелина, простагліцину, ендотеліального чинника релаксації) з метою попередження розвитку захворювання і запобігання його ускладнень.

Таким чином, дисфункція ендотелію – це початковий етап змін, у результаті яких формується атеросклеротична бляшка. Схильність її до пошкодження суттєво змінюється під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників. Боротьба з факторами ризику виникнення атеросклерозу має принципово важливе значення для зниження ризику серцево-судинних захворювань.

У своїй роботі Талаєва вважає, що головним патогенетичним чинником ІХС є стенозуюче атеросклеротичне ураження коронарних артерій серця. Разом з цим, в патогенезі ІХС важливу роль відіграють ангіоспастичний чинник на фоні органічної зміни артерій і скороминуще утворення внутрішньосудинних тромбоцитарних агрегатів. Оскільки ІХС протікає стадійно, на кожній стадії процесу показаний конкретний метод лікування (медикаментозний, інтервентно-ендоваскулярний, хірургічний) або комбінація методів.

Останні роки ознаменувалися значними досягненнями у вивченні ішемічної хвороби серця. Одержані принципово нові дані про механізми розвитку і прогресування коронарного атеросклерозу, а також є певні успіхи в лікуванні хворих і в створенні нових лікарських препаратів. Проте, ІХС залишається головною причиною смертності і інвалідизації населення. Важлива проблема у вивченні ІХС – виявлення ознак, вісуючих розвиток станів, що загрожують життю, зокрема гострого коронарного синдрому. Гострий коронарний синдром включає наступні клінічні форми: нестабільна стенокардія, гостра коронарна недостатність, гостро виникаюча повна блокада лівої ніжки пучка Гіса, гострий, рецидивуючий і повторний інфаркт міокарду. Причиною його розвитку можуть стати різні чинники, але найзначущішим є порушення цілісності структури атеросклерозної бляшки, що лежить в основі трансформації стабільної атеросклерозної бляшки в нестабільну або легкоуразливу.

Комплексний підхід дозволить знайти різні ознаки легкоуразливих бляшок, за наявності яких великий ризик розвитку гострої кардіоваскулярної патології. Візуалізація цих ознак є єдиним надійним способом виявити передвісники пошкодження і визначити загрозу розвитку гострої коронарної події, що насувається, а усунення їх – єдина можливість попередити розвиток катастрофи в міокарді. Рішення

проблеми «легкоуразливості» бляшок – це рішення ключових і основоположних питань, пов'язаних з найближчим і віддаленим прогнозом хворих ІХС.

Хронічна серцева недостатність – результат багатьох серцево-судинних захворювань, один з основних чинників, що впливають на якість життя людей. За даними зарубіжних і вітчизняних епідеміологічних досліджень, ХСН є одним з найпоширеніших, прогресуючих і прогностично несприятливих захворювань серцево-судинної системи.

До теперішнього часу вітчизняними кардіологами використовувалася класифікація Н.Д.Стражесько – В.Х. Василенко по стадіях хронічної недостатності кровообігу. Вона влаштовувала лікарів-експертів оскільки чітко відображала етапи клінічної еволюції даного синдрому. В той же час, критеріями стадії ХСН, більшою мірою, служили всім відомі суб'єктивні симптоми, не зовсім прийнятні в експертній практиці. Введення у вітчизняну кардіологію поняття функціональних класів (ФК) для пацієнтів з ХСН по критеріях нью-йоркської Асоціації серця є значним кроком в об'єктивізації процесу експертизи хворих з ССЗ. Функціональний клас згідно вищезазначеним критеріям встановлюється за клінічними даними і може бути об'єктивізований даними інструментального дослідження. Проте, в своїй практичній діяльності лікарі-експерти не виправдано рідко користуються як вищезазначеною класифікацією, так і інструментальною об'єктивізацією на етапах діагностики стадії ХСН (спіроергометрія проводилася лише у 13,3% пацієнтів з ХСН, велоергометрія – у 38,9% пацієнтів), що істотно впливає на якість експертних ухвал, що виносяться.

Таким чином, вважаємо необхідним в практичній діяльності МСЕК при огляді хворих з ССЗ використовувати разом зі встановленням стадії ХСН і визначення функціонального класу пацієнтів, що дозволить об'єктивізації процес експертизи і уникнути експертних помилок.

М. І. Лутай визначає, що стенокардія – це клінічний синдром, що виявляється болем або дискомфортом в грудній клітці стискаючого, тиснучого характеру, яка локалізується частіше всього за грудиною і може іррадіювати в ліву руку, шию, нижню щелепу, епігастральну область. Біль провокується фізичним навантаженням, переохолодженням, рясною їдою, емоційним стресом; проходить у спокої; усувається прийомом нітроглицерину протягом однієї або декількох хвилин. Стосовно патогенеза стенокардій автор вважає, що вона обумовлена скороминущою ішемією міокарда, розвивається при невідповідності між потребою міокарду в кисні і його доставкою коронарним кровотоком. Морфологічним субстратом стенокардії практично завжди є атеросклерозне звуження коронарних артерій. Стенокардія з'являється під

час фізичного навантаження або стресових ситуацій за наявності звуження просвіту коронарної артерії не менше ніж на 50-70%. Чим більше ступінь стенозу коронарних артерій, тим важче, як правило, стенокардія напруги. Тяжкість стенокардії залежить також від локалізації і протяжності стенозів, їх кількості і числа уражених артерій. Ступінь стенозу, особливо ексцентричного, може варіювати залежно від зміни тонуусу гладких м'язів судинної стінки в області атеросклерозної бляшки, що виявляється в змінах переносимості фізичного навантаження.

В окремих випадках стенокардія може розвиватися за відсутності видимого стенозу коронарних артерій – у пацієнтів з клапанними вадами серця, з вираженою гіпертрофією міокарду (наприклад, у хворих з гіпертрофічною кардіоміопатією), неконтрольованою АГ як наслідок відносної коронарної недостатності, а також у осіб з незміненими коронарними артеріями без органічної поразки серця. В цьому випадку ішемія міокарду виникає внаслідок ангіоспазму або порушення функції ендотелію коронарних судин.

А. В. Курпатов у своїй роботі наводить особливості клініко-експертної діагностики обмеження життєдіяльності при порушенні функції центрального кровообігу, зокрема при ІХС у відповідності до МКХ-10. Особливу увагу автори приділяють методам об'єктивізації порушень гемодинаміки, виділяють такі види порушення центрального кровообігу, як серцева або коронарна недостатність, порушення ритму, артеріального тиску, зниження фізичної потужності до навантаження, аеробного резерва [64].

Робота О. М. Налобіної та співавторів містить матеріали вивчення психовегетативного статусу хворих з кардіальними синдромами, які свідчать про гетерогенність рівня вмісту серотоніна плазми, що може впливати на вибір антидепресанта.

У пацієнтів з ІХС, обумовленої атеросклерозом коронарних артерій, частіше зустрічаються тривожні і депресивні розлади, що може свідчити про важливу роль стресу в розвитку даного захворювання. Стресові ситуації зв'язані із змінами метаболізму нейромедіаторів вегетативної і центральної нервової системи, у тому числі серотоніна, який бере участь в регуляції сприйняття болю, судинного тонуусу. Можливо, причиною ішемії міокарда у пацієнтів з КСХ може бути підвищення тонуусу коронарних артерій на фоні зміни метаболізму серотоніна і тривожно-депресивних розладів.

Інвалідність є складною мультифакторною проблемою. Її показники інтегровано відображають вплив різноманітних факторів на стан здоров'я населення. Під час спеціально проведеного дослідження виявлено статистично достовірний зв'язок окремих факторів з рівнем інвалідності:

вплив медичного фактора на рівень інвалідності дорівнює 17%, соціально-економічного – 22%, екологічного – 12%, експертного – 6%, захворюваності – 25%, демографічного фактора – 18%.

Підвищена увага світової спільноти до проблем інвалідності та інвалідів є стимулом для розробки нових підходів до їх вирішення, що ґрунтуються на позиціях загальної Декларації про права інвалідів і Стандартних правил забезпечення рівних можливостей для інвалідів, прийнятих ООН, та враховували зростаюче у суспільстві розуміння необхідності інтеграції інвалідів у суспільство, включення їх до нормального соціального життя, що стосується особливо осіб працездатного віку.

За оцінками експертів ООН, інваліди становлять у середньому 10 % від усього населення планети (при коливаннях цього показника від 1 % до 27 % в різних країнах); це обумовлює зниження трудових ресурсів країни, певні економічні збитки, які з одного боку, дають недовиробництво матеріальних цінностей непрацездатними громадянами, з іншого боку – збитки, що пов'язані з витратами на їх утримання, включаючи виплати певних коштів та засобів, необхідних для догляду за ними. В зв'язку з цим в більшості розвинених країн розробляються різноманітні програми та методи пом'якшення наслідків чи попередження цієї проблеми.

Виходячи з цього, інвалід історично розглядався як хворий, якого погано або недостатньо лікували або лікування не допомогло, а розуміння реабілітаційного процесу обмежувалося абстрактним відновленням функцій та пов'язаної з ними працездатності.

В даний час інвалід характеризується як особа, яка має порушення здоров'я із стійким розладом функцій організму, обумовлене захворюваннями, результатом травм або дефектами, що призводить до обмеження життєдіяльності і що викликає необхідність його соціального захисту.

У зв'язку з цим інвалідність є одним з найважливіших показників соціального неблагополуччя населення, відображає соціальну зрілість, економічну спроможність, етичну повноцінність суспільства і характеризує порушення взаємозв'язків людини-інваліда і суспільства.

В цілому інвалідність як проблема діяльності людини в умовах обмеженої свободи вибору включає декілька основних аспектів: правовий, соціально-середовищний, психологічний, суспільно-ідеологічний, виробничо-економічний і анатомо-функціональний.

Анатомо-функціональний аспект інвалідності на відміну від раніше існуючого розуміння ступеня інвалідності як наслідок вираженості того або іншого анатомо-функціонального дефекту, припускає впровадження в оточуючий світ принципу «порогового дискомфорту», що означає

формування такого зовнішнього середовища (у фізичному і психологічному значенні), яке виконувало б реабілітаційну функцію і сприяло б розвитку реабілітаційного потенціалу інваліда.

Таким чином, з урахуванням сучасного розуміння інвалідності предметом уваги держави при вирішенні цієї проблеми повинні бути не порушення в організмі людини, а відновлення його соціально-ролевої функції в умовах обмеженої свободи.

З урахуванням вищевикладеного комплексне практичне вирішення проблеми інвалідності припускає створення:

- системи інформаційного забезпечення (зміна змісту бази даних про інвалідів в державній статистичній звітності з акцентом на віддзеркалення структури потреб, кола інтересів, рівня домагань інвалідів, їх потенційних здібностей і реальних можливостей суспільства; впровадження сучасних інформаційних технологій і техніки для забезпечення об'єктивізації ухвалюваних рішень);

- системи комплексної багатопрофільної реабілітації, як самостійної області наукової і практичної діяльності, направленої на забезпечення відносно незалежної життєдіяльності інвалідів;

- реабілітаційної індустрії як промислової основи і підгалузі системи соціального захисту населення, що проводить вироби, що полегшують побут і працю інвалідів;

- ринку реабілітаційних виробів і послуг, що визначає попит і пропозицію на них, формуючого здорову конкуренцію і сприяючого адресному задоволенню потреб інвалідів;

- реабілітаційної соціально-середової інфраструктури, сприяючої запобіганню інвалідами фізичних і психологічних бар'єрів на шляхах відновлення зв'язків з навколишнім світом;

- системи підготовки фахівців, що володіють методиками реабілітаційно-експертної діагностики, методами відновлення здібностей інвалідів до побутової, суспільної, професійної діяльності, способами формування адекватних механізмів взаємодії макросоціального оточення з інвалідом.

Основною метою медичної реабілітації (МР) хворих з ішемічною хворобою серця є профілактика інвалідності шляхом комплексної дії на наслідки хвороби як за допомогою медикаментозних, так і немедикаментозних методів. Даний комплекс різних реабілітаційних методів покликаний оптимізувати відновні процеси в організмі. Його ефективність напряму залежить від дотримання основних принципів реабілітації: раннього початку, безперервності, спадкоємності і послідовності на всіх етапах МР – стаціонарному, амбулаторно-поліклінічному і домашньому, а також комплексному підході до неї.

На стаціонарному етапі, необхідність в якому виникає при загостренні наявної патології, заходи МР направлені на попередження прогресування хвороби, тобто є підтримуючими. Досягши позитивного ефекту стаціонарного лікування хворі знов прямують для нагляду до амбулаторно-поліклінічних установ.

Центральною ланкою в процесі МР даного контингенту є амбулаторно-поліклінічний етап, де хворі підлягають диспансерному нагляду і проводиться підтримуюча медикаментозна терапія, заходи фізичної реабілітації, фізіотерапія.

Санаторно-курортне лікування, що включає використання природних чинників, сприяє закріпленню результатів амбулаторно-поліклінічного етапу МР. Основними задачами санаторного лікування хворих з ІХС є підвищення і підтримка рівня фізичної працездатності, розвиток компенсаторних кардіальних і екстракардіальних механізмів; корекція неправильних установок і поглядів хворого на життя і професійно-трудова діяльність; вторинна профілактика загострень ІХС. Санаторне лікування хворих з постінфарктним кардіосклерозом засновано на принципах санаторної реабілітації осіб, що перенесли інфаркт міокарду через рік і пізніше від початку захворювання.

Основними положеннями, якими слід керуватися при визначенні шляхів соціально-трудова реабілітації хворих на інфаркт міокарда, є наступні:

- працевлаштування повинно бути раціональним – це означає, що професія повинна забезпечити хворому максимальне задоволення, відповідну винагороду і, якщо можливо, міцне службове положення і просування по службі;

- індивідуальну реабілітаційну програму інваліда необхідно складати з обліком не тільки медичних чинників (тяжкість течії, характер інфаркту міокарду, ступінь вираженості коронарної недостатності, стадії серцевої недостатності, супутніх захворювань), але з урахуванням вікових і соціальних даних (характер трудової діяльності, наявність несприятливих професійних чинників, віддаленість місця роботи від місця мешкання і т.д.);

- доцільно виходити з принципу відповідності фізичної працездатності хворого енерговитратам, необхідним при виконанні професійної діяльності; дотримання цього принципу створює якнайкращу можливість раціонального трудовлаштування хворого;

- необхідно дотримувати принцип відповідності тяжкості професійної діяльності стану хворого;

- при визначенні стану життєдіяльності і шляхів соціально-трудова реабілітації разом з клінічними методами дослідження, необхідно

застосовувати сучасні функціональні дослідження, об'єктивно характеризуючі стан серцево-судинної і інших систем, що виявляють можливості хворого, ступінь компенсації і адаптації. Це ЕКГ, Ехокг, добове моніторування ЕКГ і АТ, полікардіографія, реопульмонографія, велоергометрия, а також функціональні методи дослідження стану церебрального і периферичного кровообігу;

– всім хворим на ІХС протипоказана робота, пов'язана із значною постійним фізичним навантаженням, з тривалою ходьбою, у контакті з судинними отрутами, в несприятливих метеорологічних умовах, в нічний час, робота, пов'язана з обслуговуванням діючих електротехнічних установок, робота з потенційною небезпекою для оточуючих у разі раптового припинення роботи (професії водіїв – шофер, льотчик, диспетчер залізниці, аеропорту, машиніст баштового крана і ін.), робота на висоті і в екстремальних умовах.

Проведення поглиблених епідеміологічних досліджень, присвячених проблемі атеросклерозу, виявило виняткову рідкість ізольованого атеросклерозу коронарних артерій (синдромокомплексом ІХС, що клінічно виявляється). Використання сучасних параклінічних методів і методик при обстеженні хворих з ІХС дозволяє констатувати у більшості з них як клінічно маніфестне, так і латентна атеросклерозна поразка інших судинних басейнів, що обумовлює ішемію і вторинний розвиток дистрофічних змін в органах і тканинах організму. Тому подальше становлення реабілітації ІХС можливе тільки на шляху комплексної оцінки і обліку всієї гамми клінічних проявів, обумовлених атеросклерозом.

Оцінка трудових можливостей хворих ІХС повинна проводитися з урахуванням не тільки атеросклерозної поразки коронарних артерій, але й інших судинних регіонів. У зв'язку з цим всі хворі ІХС, що направляються на МСЕК, повинні оглядатися не тільки кардіологом, але і невропатологом, психіатром, ангіологом або хірургом, а за показаннями і іншими фахівцями.

При оцінці життєдіяльності хворих ІХС, що поєднується з церебральним атеросклерозом (ЦА), необхідно враховувати форму стенокардії (за наявності стабільної стенокардії – функціональний клас, ФК), порушення серцевого ритму і провідності, наявність постінфарктного кардіосклерозу і аневризми серця, стадію серцевої недостатності і стадію дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ).

Істотне місце серед різних видів реабілітації займає психологічна реабілітація. Необхідність втручання психотерапевта в лікування соматичних хворих обумовлена значним числом психологічних проблем,

емоційних розладів і інших психопатологічних порушень, що виникають у пацієнтів у зв'язку з основними захворюваннями.

Теоретичною основою даного напряму вітчизняної клінічної психології є концепція особистості, з позиції якої людина розглядається як єдина біопсихосоціальна система, а особа – як складна психічна структура, що формується в онтогенезі шляхом привласнення культурно-історичної спадщини суспільства. Обидва чинники (біологічний і соціальний) сприяють формуванню певного виду психічної діяльності особи. Саме під контролем вищих психічних функцій, здійснюється біологічна, психічна і соціальна адаптація (або дезадаптація) особи в конкретній життєвій ситуації. Це пояснюється особливостями людини, що має соціальне єство і біологічну природу, отже, психічне і соматичне є частинами інтеграційної якості - здоров'я людини. Розвиток соматичного захворювання істотно змінює соціальну ситуацію розвитку людини в умовах хвороби, змінюється рівень можливостей здійснення діяльності, обмежуються контакти, змінюється погляд на майбутнє.

Одним із наслідків ішемічної хвороби серця, що обмежують життєдіяльність хворих, є порушення здатності ефективно пересуватися в своєму оточенні і брати участь в трудовій діяльності. Вказані категорії життєдіяльності обумовлені функціональним станом організму. Фізичні тренування направлені на вдосконалення механізмів саморегуляції і мобілізацію завдатків, у тому числі структурних, формування резервів функції організму, визначальних трудо- і працездатність хворих. Проте проблема реального впровадження фізичних навантажень в програму реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця надзвичайно складна. З одного боку хворі ІХС прагнуть уникати фізичних навантажень, оскільки останні провокують напади ангінальних болей. З другого боку практичні лікарі, включаючи засоби кінезотерапії в програму реабілітації, не роз'яснюють пацієнтам позитивну роль адекватних фізичних навантажень в усуненні негативних наслідків ІБС і не роблять належного впливу на мотивацію хворого. Остання ж з позицій системного підходу грає домінуючу роль у формуванні функціональної системи діяльності.

Державна підтримка щодо запобігання смертності та інвалідності дорослого та працездатного населення внаслідок серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань ґрунтується на тому, що профілактична робота значно ефективніша за соціальними наслідками, ніж суто клінічний підхід до розв'язання проблем. Розрив, який існує між профілактичною і клінічною медициною сьогодні, та підхід до принципів профілактики хронічних неінфекційних хвороб взагалі і серцево-судинних зокрема, не дає змоги на сучасному етапі розвитку суспільства підвищити рівень здоров'я населення України такою мірою, як це зроблено в

багатьох розвинених країнах. На підставі епідеміологічних досліджень ВООЗ розробила концепцію «факторів ризику» та популяційну стратегію боротьби з ними.

Проблемі оцінки ефективності охорони здоров'я постійно надається велика увага, проте немає єдиного підходу до оцінки медичної і економічної ефективності діяльності не тільки системи охорони здоров'я, але і мережі лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) і окремих її елементів. Тому розробка загальної концепції аналізу медико-економічної ефективності діяльності мережі лікувально-профілактичних установ, як і раніше, залишається актуальною проблемою вітчизняної охорони здоров'я. Розвиток такої концепції до рівня методології і окремих методик є запитаною практикою науковою задачею. Оцінювання ефективності функціонування мережі ЛПУ спеціалізованої державної охорони здоров'я здійснюється на користь довгострокового планування розвитку мережі і вироблення управляючих дій, направлених на поліпшення якості і підвищення доступності медичної допомоги прикріпленим контингентам за рахунок більш раціонального розподілу наявних ресурсів. Оцінка різних аспектів ефективності повинна бути в основі рішень управлінської діяльності.

Серед різноманітних стратегій політики в галузі охорони здоров'я перспективними вважаються:

1. Зміщення акценту з медичних на соціальні аспекти, що в цілому мають значно більший вплив на поширення хвороб.

2. Підвищення доступності (територіальної, фінансової тощо) та якості медичної допомоги для населення.

3. Активізація профілактичної спрямованості.

4. Розвиток міжвідомчої взаємодії, спрямованої на активне виявлення та надання допомоги громадянам із груп ризику з обов'язковим залученням соціальних служб;

5. Формування у населення поведінки, спрямованої на самозбереження.

Необхідні заходи, що пропонуються:

– здійснити аналіз стану виконання чинних державних цільових програм, за результатами якого розробити та прийняти відповідні оновлені Національні цільові програми, що базуватимуться на сучасних міжнародних підходах до розв'язання зазначених проблем і передбачатимуть систематичну міжвідомчу взаємодію із залученням громадськості та світового співтовариства;

– на державному рівні розробити індикатори якості й ефективності та механізми відповідальності за організацію протидії соціально-небезпечним хворобам для всіх рівнів виконавчої влади;

– розширити мережу закладів та кабінетів первинної медико-санітарної допомоги, що мають взяти на себе значну частку заходів щодо профілактики та виявлення на переважно ранніх етапах розвитку випадків захворювання.

Клініко-психологічна характеристика стану нервової системи та когнітивних функцій у хворих на ішемічну хворобу серця

Обстежено 180 хворих на ІХС, 38-60 років (середній вік $46,2 \pm 12,4$ роки). Критерієм включення хворих у дослідження була наявність перенесеного в анамнезі інфаркту міокарда, вік до 60 років (включно), визначення або не визначення медико-соціальною експертною комісією групи інвалідності. Критеріями виключення з дослідження служили наявність важких соматичних або неврологічних розладів у стадії декомпенсації.

Всі обстежені хворі на ІХС по сукупності анамнестичних даних і результатів клініко-інструментального дослідження були розділені на дві клінічні групи: I група – пацієнти із стенокардією напруження II функціонального класу (ФК) – 98 осіб (54,4%), у 81 із них було діагностовано дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕП) I ст. (82,6 %) та ДЕП II – у 5 хворих (5,1%); II група – пацієнти із стенокардією напруження III функціонального класу – 82 особи (45,6%), у 74 була діагностовано ДЕП I ст. (90,2%) та у 7 осіб – ДЕП II (8,5%). Інфаркт міокарда був в анамнезі у 159 хворих із 180 пацієнтів на ІХС (Q - інфаркт був в 102 пацієнтів (64,15%), non - Q у 57 осіб (35,8%).

Аналіз клінічного дослідження неврологічного статусу показав, що в групі хворих з Q - інфарктом - ДЕП діагностовано у 67 хворих (42,13%), у групі non - Q - у 49 людини (30,8%). Групи також розрізнялися по статевому складу: в 1-й та в 2-й групі переважали чоловіки: I група - 14 жінок (15,3%); II група - 21 жінка (26,8%). Цереброваскулярні захворювання були встановлені у 167 осіб (I група - 86 хворих, II - 81 пацієнт).

Скарги на головний біль (цефалгія) пред'являли 81 (83,4%) хворий на ІХС, з них в I групі – 42 особи, в II групі – 54 особи, анамнестично перший сильний напад відзначали в перший рік після перенесеного інфаркту міокарда 57 осіб, особливо в перші 3 місяці. Клінічний аналіз показав, що цефалгії у пацієнтів даної групи мають гетерогенний характер. У більшості з них – 71 з 96 хворих виявлений епізодичний або хронічний біль напруги, в інших (25 осіб) – венозного генеза. Головний біль частіше зустрічався у пацієнтів з тривожними й депресивними розладами. Так, пацієнти описували головний біль як відчуття «важкої голови», нудоти, «мушок» перед очима, відчуття розпирання в голові. Цефалгія підсилювалася в основному при стомленні, різкій емоційній або

фізичній напрузі, при дії метеорологічних чинників, при вживанні невеликих доз алкоголю, при знаходженні в задушливому приміщенні. Характеристика головного болю була пов'язана з гіпертонічним або гіпотонічним типом мозкової ангіодистонії, порушенням венозного кровообігу мозку, станом мікроциркуляції й ліквородинамики. Головний біль, як правило, локалізувався в лобово-скронево-тім'яній областях, носив розпираючий або стискаючий характер, іноді з почуттям тиску на очні яблука, виникав іноді в ранкові години або найчастіше у вечірні години, провокувався психоемоційною або фізичною перенапругою, іноді супроводжувався нудотою й блювотою; у 72 пацієнтів відмічалась загальна слабкість і швидка стомлюваність. Скарги на запаморочення пред'являли 95 хворих (56,8 %) пацієнтів. У 31 пацієнта виявлено доброякісне позиційне запаморочення, у 9 – Мен'єроподібний синдром, у 55 – несистемне запаморочення, що відповідає частоті зустрічаємості цих типів запаморочення в осіб середнього й зрілого віку. Проте, більше половини пацієнтів (72 з 95) пов'язували запаморочення з перенесеним інфарктом міокарда та діяльністю серця, особливо з порушеннями серцевого ритму.

Таблиця 1

**Основні скарги та неврологічні симптоми у хворих на ІХС
(шкала Ліндмарка)**

Клінічний симптом/скарги	Кількість пацієнтів	Оцінка у балах
Головний біль напруги	71	720
Головний біль (венозний)	10	240
Запаморочення	95	1100
Шум у голові чи у вухах	28	560
Зниження слуху	25	250
Порушення сну	68	860
Зниження працездатності	72	1000
Слабкість у кінцівках	81	340
Оніміння кінцівок	51	260
Рефлекс Марінеску-Радовіча	81	680
Рефлекс Бехтерева	53	230
Порушення конвергенції	47	830
Центральний парез VII нерва	67	940
Дизартрія	35	350
Парез кінцівок	43	130
Пірамідна недостатність	75	250
Геміпарез	24	140
Патологічні рефлекси стоп	65	450
Чутливі розлади	73	230

Атаксія мозочка	45	250
Ністагм	37	270
Вестибулопатія	34	380
Екстрапірамідні порушення	14	320
Псевдобульбарні розлади	3	170

Аналіз неврологічної симптоматики показав, що провідними клінічними синдромами у хворих були наступні: цефалгічний у 81 (45,0%) хворих; вестибуло-атактичний у 95 (52,7%), екстрапірамідний у 14 (7,7%), сенсорно-пірамідний у 91 (50,5%), псевдобульбарний у 3 (1,6%) хворих.

Таким чином, неврологічні прояви хронічної ішемії головного мозку за МКХ - 10 або ДЕ характеризувалися як загальнономозковими, так і вогнищевими симптомами. Вся неврологічна симптоматика була розподілена на 4 групи: загальнономозкова (ЗМ), мікровогнищева (МВ), півкульова (ПК) і мозочкова (МЗ).

Загальна мозкова симптоматика проявлялася головним болем, запамороченням, відчуттям шуму й закладеності у вухах, розладом пам'яті й порушенням сну. Вона мала місце у всіх пацієнтів як у групі з перенесеним Q-інфарктом, так і в групі з non-Q інфарктом.

Мікровогнищева симптоматика проявлялася у вигляді окорухових розладів (порушення конвергенції, недостатність відведення очних яблук у сторони, нагору й долилиць), псевдобульбарних розладів й пірамідних порушень, які мали місце у 48% пацієнтів першої групи й в 52% хворих другої групи. Відповідне число пацієнтів із ПК було в першій і другій групі - 27% і 29% відповідно, МЗ - 32 і 30% відповідно. Аналіз клінічних симптомів неврологічного статусу показав, що за важкістю виразності неврологічних розладів обидві групи практично були подібними.

У досліджуваній групі при нейропсихологічному тестуванні були одержані наступні результати: вербальні асоціації (максимальна оцінка - 20 балів) кількість балів склала від 10 до 15 балів (27 чоловік); повторення цифр (максимально - 4 бали) - від 2-х (27 пацієнтів) до 4-х (5 пацієнтів). Шкала деменції Маттіса (максимально - 144 бали, менше 124 - ознаки легких когнітивних порушень, менше 50 - помірні когнітивні порушення) - 130-144 бали (22 особи) і 116 -129 балів (9 осіб), 102-115 бал (1 особа).

Дуже велике значення мали когнітивні елементи в розвитку психофізіологічного стресу, який виникає у зв'язку з захворюванням, тому в даній групі пацієнтів адаптаційний синдром мав когнітивні підстави. При проведенні дослідження інтелектуальної сфери та пізнавальних процесів у пацієнтів з ураженнями серцево-судинної системи виявлявся ряд різноманітних особливостей.

Порушення пізнавальних процесів відмічалось у більшості пацієнтів у вигляді порушень уваги та інтелекту, переважало зниження здібностей до вирішення проблем та мислення у 74 пацієнтів (41,1%).

Таблиця 2

Основні нейропсихологічні показники у хворих на ІХС

Оцінюваний показник	Одержаний результат (бали)
Субшкала А «шкала Маттіса», тест GHQ-28	22,1 ± 3,7
Субшкала В “тривога і безсоння”, тест GHQ-28	19,5 ± 4,0
Субшкала С “соціальними дисфункціями”, тест GHQ-28	20,7 ± 3,6
Субшкала D “депресія”, тест GHQ-28	17,5 ± 3,1
Об’єм безпосередньої вербальної пам’яті, тест “10 слів”	3,1 ± 1,1
Об’єм довготривалої вербальної пам’яті, тест “10 слів”	2,9 ± 1,2

Встановлено, що суттєвий вплив на процес уваги мали три фактори: типи вищої нервової діяльності-темперамент; навички та вміння; афективна зацікавленість, яка стремувала концентрації уваги. Стійкість уваги більше всього була пов’язана з психофізіологічними процесами. Тому така тісна взаємодія призводила до того, що будь-які соматичні страждання, що проявлялись у вигляді астеничних симптомів (швидкою втомою, гіпертензією, слабкістю, кволістю), порушували дану властивість уваги.

Дослідження уваги виявило зниження загальної психічної працездатності, порушення стійкості, стомлення, що виражалося в припущенні помилок, які характерні для хворих з судинними або іншими органічними ураженнями головного мозку. Одноманітні зорові подразники в умовах довгострокових перевантажень зорового аналізатора в даній групі пацієнтів викликали стомлення та супроводжувалося збільшенням часу на виконання завдання. У 56,3% пацієнтів I групи були встановлені такі порушення та у 64,7% - в II групі.

Зниження інтелекту у вигляді змін мислення у зв’язку з порушенням вищих коркових функцій, та практичного інтелекту, у структуру якого входить вміння адаптуватися до оточуючого середовища, відмічалось у 63% хворих - I групи та у 54% - II групи. Також відмічалось порушення антиципаційних спроможностей, як вміння передбачати хід подій, планувати свою діяльність з ціллю уникнення небажаних наслідків і переживань та адаптація до середовища.

Таким чином, у першій групі – 75% пацієнтів мали значне зниження інтелекту, у другій групі – 84,6%. У хворих першої групи відмічалися

інертність, нерішучість, втрата волювої активності, значущими ставали тільки ті події, які не заперечували знову виділившемуся смислоутворюючому мотиву збереження життя. Виділення мотиву збереження життя призводило до формування обмеженої поведінки, навіть залежної від оточення.

За психомоторними показниками в першій групі виявлено 43,8% пацієнтів з низькою лабільністю, 37,5% з середньою, та 25% з високою лабільністю. У другій групі відмічалось збільшення пацієнтів з низькою лабільністю до 58,8%, та зменшення з середньою до 23,5%, і високою до 11,8%. За динамікою максимального темпу рухів у першій групі переважав тип, що характеризує середньо-слабку нервову систему, внаслідок здібностей до короткострокової мобілізації, у другій групі більшість пацієнтів мала слабку нервову систему.

Особистісний тип психічного реагування в більшості пацієнтів був істеричний. Даний тип реагування є суттю соціально посереднього відношення до дійсності та своєму місті в суспільстві. Це особистісні реакції на соціально значимі події чи зміни свого статусу. У даному випадку важливе значення мав не сам характер психотравмуючої ситуації, а особистісне відношення до неї. Це виражалось у підвищенні 3 шкали в особистісному профілі особистості, що вказує на витіснення факторів, що викликають тривогу за рахунок соматизації тривоги шляхом формування демонстративної поведінки, з використанням елементів агровації.

Підвищення профілю по шкалах невротичної тріади спостерігалось у 36,6% пацієнтів, що свідчить про недостатність у них фізичних і психічних ресурсів для задоволення актуальних потреб, зниження рівня інтрапсихічної адаптації.

Таким чином, з позиції психофізіології на перший план виступають порушення пізнавальних процесів, спрямованості психічної діяльності, що виражалось в порушенні уваги й інтелекту, зниження лабільності та сили нервових процесів, які погіршуються в залежності від тяжкості захворювання, а саме ішемічної хвороби серця з важкими проявами функціонального класу.

У конституціонально-типологічному відношенні виділяється істеричний тип особистісного реагування та зниження антиципаційної програми прогнозування, що є ознакою розвитку особистості в кризисній ситуації.

Дослідження профілю особистості у пацієнтів, після Q-інфаркту виявило, що у 76,47% хворих мають підвищення профілю особистості по шкалі істерії, при цьому в усіх спостерігається конверсія - невротичні захисні реакції, при яких тривога усувається за рахунок соматизації й витіснення її шляхом формування демонстративного поведіння; з них у

52,9% пацієнтів спостерігаються істеричні вияви у вигляді акцентуацій. До 26,5% пацієнтів мають підвищення по шкалі шизоїдності, що вказує на розвиток аутизації. Порушення механізмів інтрапсихічної адаптації виявлялось в 5,9% пацієнтів. Істеричні симптоми з різного рода функціональними порушеннями й запереченням психологічних проблем характерні були для 6% пацієнтів. 17,7% пацієнтів мали значне зниження по шкалі гіпоманії, що вказує на можливість розвитку депресивних тенденцій.

Увага по своєму темпі у всіх пацієнтів уповільнена й становить у середніх своїх значеннях 10 хвилин, що в 2 рази нижче показників для здорових людей. За показниками перемикання й концентрації спостерігався досить таки значний розкид від максимальних значень 50 помилок, до повністю правильного виконання завдання. При цьому спостерігається залежність процесів перемикання й концентрації від профілю особистості. У акцентуєваних особистостей з високими показниками по шкалах невротичної тріади спостерігається значне зниження концентрації уваги й збільшення кількості помилок.

Інтелектуальні здатності у всіх пацієнтів знижені, при цьому спостерігається значне зниження й навіть неможливість уловити закономірність логічної просторової побудови в таблицях D і E, що вказує на прогресивне зниження інтелектуальних здібностей. Загальний індекс для даної категорії пацієнтів склав 31 бал.

Профіль особистості в пацієнтів non-Q свідчить про те, що у 56,25% мають у профілі конверсійну п'ятірку у вигляді акцентуації, при цьому в 37,5% пацієнтів спостерігається порушення механізмів інтрапсихічної адаптації, яскраво виражена дезінтеграція особистості, що визначається в 18,75% пацієнтів. У 50,0% пацієнтів спостерігаються депресивні стани різного ступеня виразності; 31,25% пацієнтів мають підвищення по шкалі шизоїдності й параноїдальності, що вказує на розвиток аутизації з ригідністю афекту й імовірністю формування важко корегуємих концепцій. У цілому в 75,0% пацієнтів профіль особистості характерний для органічного типу зміни особистості, у структурі якого є істеричні включення з різного роду функціональними розладами й запереченням психологічних проблем; 18,72% мають підвищення показників за шкалою психопатії.

Середній показник сили нервової системи за даними теппінг - тесту (ТТ) серед жінок ($4,5 \pm 0,34$ балів) перевищував такий серед чоловіків ($3,9 \pm 0,19$), проте відмінність не була статистично достовірною через малу кількість жінок.

Виявлено, що функціональний клас стенокардії напруги впливав на параметри теппінг-тесту: із збільшенням класу тяжкості стенокардії

напруги спостерігалось зниження показників лабільності і сили нервової системи ($p < 0,034$).

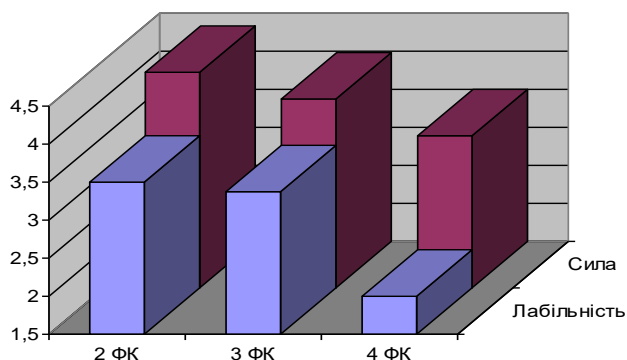


Рис. 1. Вплив функціонального класу стенокардії напруги на параметри теплінг-тесту (ТТ)

Низький показник лабільності нервової системи у осіб, що мали ФК II, можна пояснити тяжкістю перебігу захворювання з проявами дисциркуляторної енцефалопатії.

Таблиця 3

Залежність показників ТТ від типу функціонального класу ІХС

ІХС	Лабільність	Сила
Q-ІМ	2,96±0,267	3,82±0,425
Non-Q ІМ	3,11±0,38	4,11±0,31
II ФК	4,71±0,356	4,43±0,351
III ФК	3,57±0,265	3,95±0,238

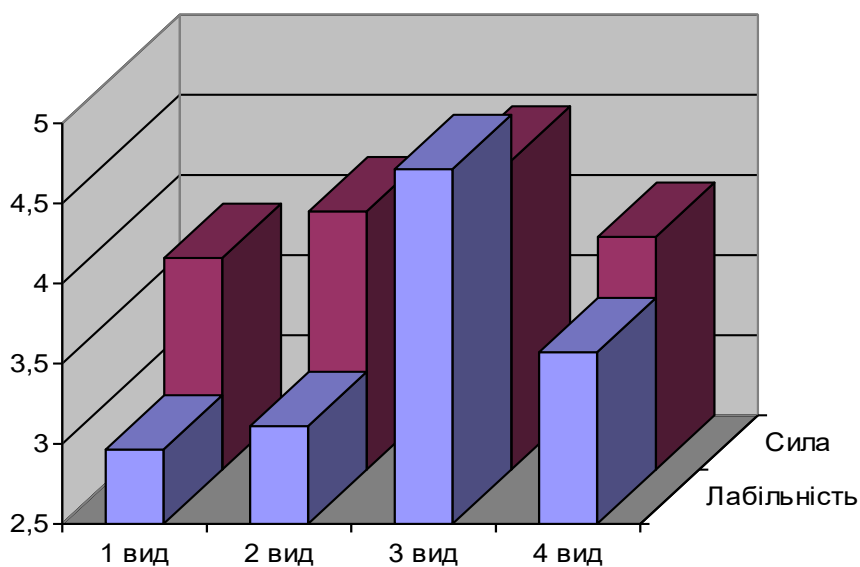


Рис. 2. Залежність показників ТТ хворих від функціонального класу стенокардії.

Аналіз результатів теплінг-тесту підтвердив, що відновлення сили нервової системи, на відміну від лабільності, не залежало істотно від функціонального класу стенокардії.

Таким чином виявлено, що показники лабільності і сили НС можна використовувати як оцінні параметри прогнозу перебігу захворювання, формування ускладнень та інвалідності.

За наслідками ТТ відзначена достовірною ($p < 0,05$) відмінність середніх значень лабільності НС для пацієнтів з різними групами інвалідності: у респондентів з III групою середнє значення лабільності склало $4,57 \pm 0,685$ бали, а серед респондентів з II групою – $3 \pm 0,79$ бали. Зважаючи на достовірність відмінностей показників лабільності НС для II і III груп інвалідності вказані значення можна використовувати як додаткові параметри для прогнозу інвалідизації пацієнтів.

При аналізі результатів ТТ у респондентів з різними групами інвалідності внаслідок ІМ були побудовані графіки працездатності, де на осі абсцис відкладені 5-секундні проміжки часу, а на осі ординат – середня кількість крапок (у випробовуваних з певною групою інвалідності) в кожному квадраті.

Серед респондентів з III групою інвалідності крива динаміки максимального темпу відноситься до низхідного типу, цей тип кривої свідчить про слабкість нервової системи, але ці явища більш виразні.

Серед респондентів з II групою інвалідності крива динаміки максимального темпу теж відноситься до низхідного типу, що також свідчить про слабкість нервової системи.

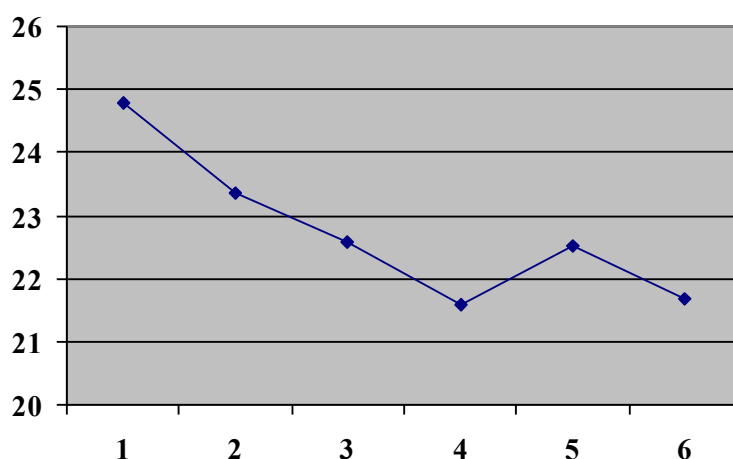


Рис. 3. Динаміка максимального темпу (показник сили) у респондентів з III групою інвалідності

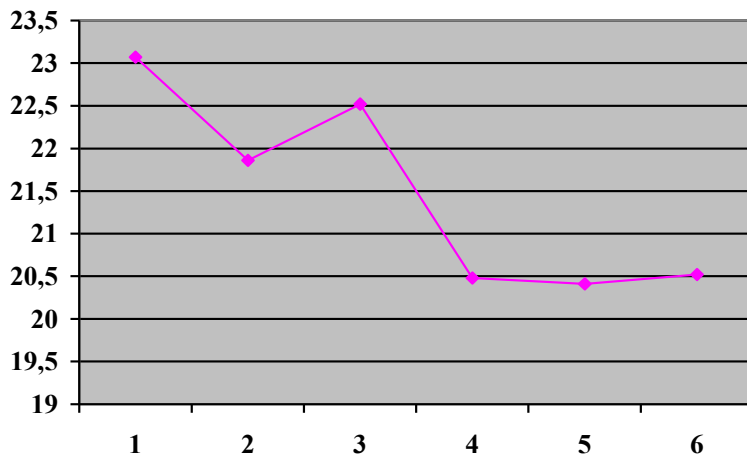


Рис. 4. Динаміка максимального темпу (показник сили) у респондентів з II групою інвалідності

При зіставленні одержаних графіків інвалідності можна зробити висновок, що як при II, так і при III групі інвалідності діагностується слабкість нервової системи, що свідчить про відсутність здатності витримувати великі по силі і тривалості навантаження. Проте показник сили НС у осіб з III групою інвалідності вище, ніж аналогічний показник при II групі інвалідності. Динаміка максимального темпу у респондентів різних груп інвалідності практично незначуща.

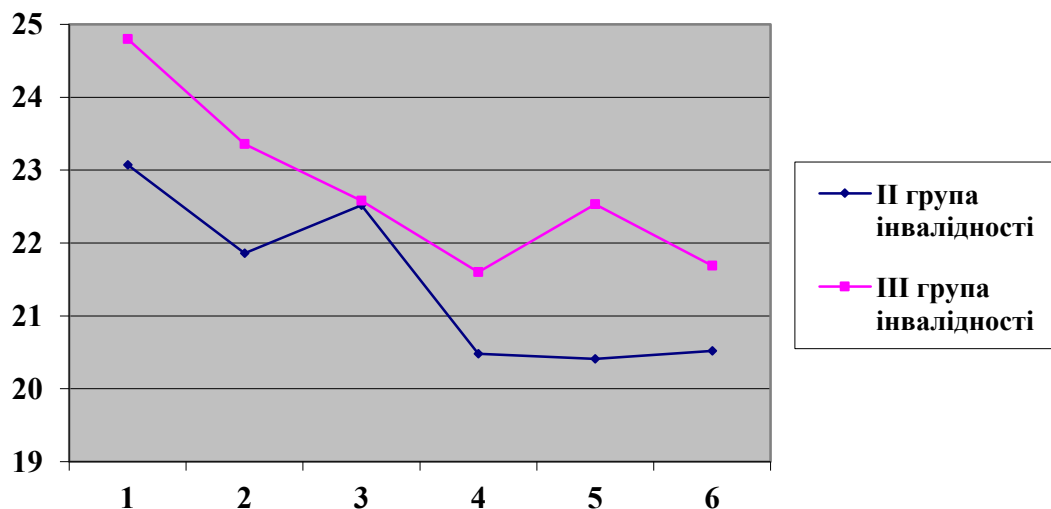


Рис. 5. Динаміка максимального темпу (показник сили) у респондентів з різними групами інвалідності

Одержаний результат підтверджує висновок про можливість використання показників психофізіологічного статусу як додаткових

параметрів при визначенні і прогнозуванні групи інвалідності у осіб, що перенесли інфаркт міокарда.

Як інформативні показники функціонального стану нервової системи, в таблиці параметрів прогнозу інвалідності використовувалися лабільність і сила НС. Значення показників лабільності і сили НС, усереднені для поєднання врахованих чинників: функціональний клас стенокардії напруги, серцевої недостатності. Як правило, пацієнти з ФК I відновлюють працездатність і мають низький ступінь обмеження життєдіяльності, яка розглядається на рівні лікарсько-консультативних комісій.

Встановлений взаємозв'язок показників сили і лабільності НС із ступенем обмеження життєдіяльності (при важчій групі інвалідності показники психофізіологічного статусу знижуються, що свідчить про відсутність здатності витримувати значне по величині і тривалості навантаження). Відмічена достовірна ($p < 0,05$) відмінність середніх значень лабільності НС для різних груп інвалідності: у респондентів з III групою середнє значення лабільності склало $4,57 \pm 0,68$ бали, а серед респондентів з II групою – $3,0 \pm 0,79$ бали. Одержані результати використані для оцінки реабілітаційного потенціалу і розробки психофізіологічних параметрів прогнозування групи інвалідності у осіб, що перенесли гострий інфаркт міокарда.

Таблиця 4

Психофізіологічні параметри прогнозу групи інвалідності у осіб, що перенесли інфаркт міокарда за результатами теплінг-тесту

Прогноз і Параметри	ФК2 (ФВ<45%) СН I, ПА, III		ФК3 (ФВ<35%) СН ІВ, ПА, ІВ		ФК4 (ФВ<20%) СН III, ІВ		Вид програми реабілітації
	II	III	II	III	II	III	
Група інвалідності	II	III	II	III	II	III	I
Лабільність	3,15	2,75	3,57	2,63	3	3,18	
Сила	4,07	5,25	3,71	4	3,8	3,83	
Група інвалідності	II	III	II	III	II	III	II
Лабільність	3,20	3,73	2,86	3,44	2	3,23	
Сила	4,17	4,2	5,29	4,78	2	3,93	
Група інвалідності	II	III	II	III	II	III	III
Лабільність	3,74	4,95	4	5,25	3,24	3,76	
Сила	4,27	4,23	4,33	4	4	4,03	

Група інвалідності	II	III	II	III	II	III	IV
Лабільність	3,5	4	3,33	3,72	2,86	3,38	
Сила	4,5	4,25	4,5	4,18	3,85	3,88	

Примітка: табличні значення лабільності і сили НС допускають відхилення $\pm 0,4$ бали.

Таким чином, за результатами теппінг-тесту в більшості пацієнтів визначається середньо-слабкий (50%) профіль психомоторних показників, і слабкий (33,3%) зі значним зниження до кінця виконання завдання. За динамікою максимального темпу рухів у пацієнтів групи Q-ІМ переважав тип який характеризує середне-слабку нервову систему й становив 47,8 % від усіх пацієнтів цієї групи, відповідно 45,3% пацієнтів мали середню нервову систему, та 11,8% слабку. У пацієнтів групи non-Q-ІМ пацієнти з середньо-слабким типом нервової системи становили 50% від усіх пацієнтів цієї групи, та 33,3% зі слабкою, та 16,7% із середнім типом нервової системи. Отже питома ваги пацієнтів із зниженою силою нервових процесів склала 58,8% у групі Q-ІМ, та 83,3% у групі non-Q, що може бути зумовлене психофізіологічним стресом.

Ґрунтуючись на отриманих результатах психофізіологічних досліджень осіб, що перенесли ІМ, за допомогою теппінг-тесту можна визначити показники лабільності і сили НС після закінчення лікування та реабілітації в динаміці для подальшого визначення типу реабілітаційної програми в залежності від функціонального класу ІХС з послідуочим прогнозуванням перебігу захворювання та інвалідності даної категорії хворих.

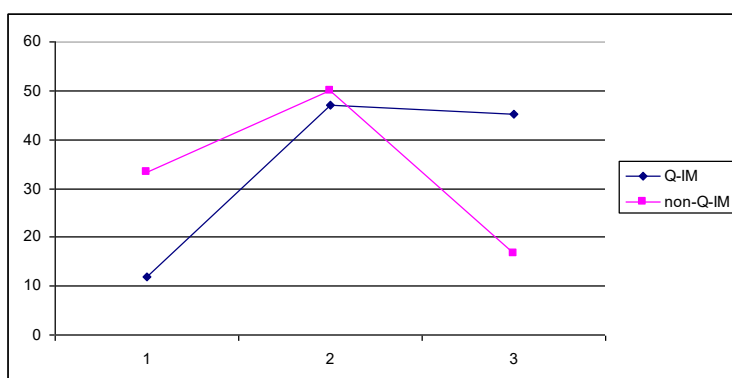
При дослідженні уваги у даної категорії хворих, після non Q-інфаркту, виявилось, що при виконанні завдання розкид помилок становить від 59 до 3, час затрачувань на виконання завдання так саме дорівнює в середньому 10 хвилин і середні показники 20 помилок. Можна стверджувати, що в даній групі в пацієнтів у більшій мері страждає концентрація уваги, чим у пацієнтів групи з Q - інфарктом.

Інтелектуальні здатності хворих, після non Q-інфаркту, також знижені в значній мірі й середнє значення дорівнює 33 бала.

Таким чином, для пацієнтів групи non-Q-інфаркту характерний органічний розвиток особистості, порушення механізмів інтрапсихічної адаптації й заперечення психологічних проблем.

Для пацієнтів групи Q-ІМ ведучими є психологічні механізми витиснення й усунення тривоги за рахунок соматизації й формування демонстративного поведження, а також психологічних механізмів захисту у вигляді заперечення, які виражаються в демонстративному поведженні

заперечення серйозності захворювання. Недостатність компенсаторних механізмів витіснення й придушення призводять до зниження концентрації уваги, а також до порушення інтелектуальних здатностей.



Примітка: 1-слабка нервова система, середньо-слабка нервова система, 3-середня нервова система.

Рис. 6. *Психомоторні показники сили нервової системи*

Дуже велике значення мають когнітивні елементи в розвитку психофізіологічного стресу, який виникає у зв'язку з захворюванням, тому можна стверджувати, що в даної групи пацієнтів адаптаційний синдром має когнітивну основу. При проведенні дослідження інтелектуальної сфери та пізнавальних процесів у пацієнтів з ураженнями серцево-судинної системи виявляється ряд особливостей.

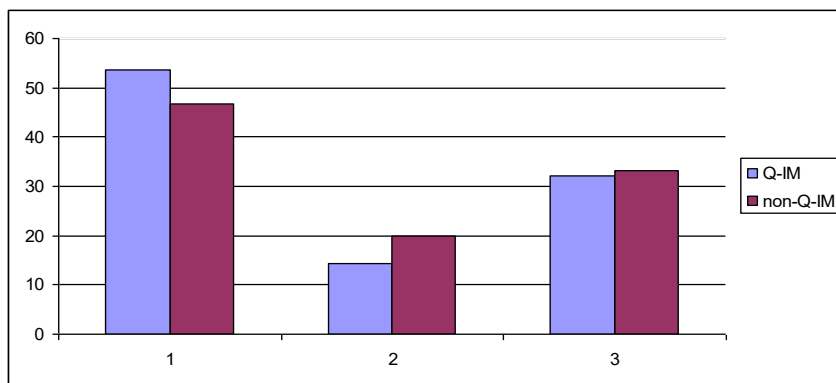
Порушення пізнавальних процесів відмічалось у більшості пацієнтів у вигляді порушень уваги та інтелекту, переважало зниження здібностей до вирішення проблем та мислення.

Дослідження уваги виявило зниження загальної психічної працездатності, порушення стійкості, стомлення, що виражалося в припущенні помилок, які характерні для хворих з судинними або іншими органічними ураженнями головного мозку.

Одноманітні зорові подразники в умовах довгострокових перевантажень зорового аналізатора в даної групи пацієнтів викликали стомлення та збільшення часу на виконання завдання. Увага за своїм темпом у пацієнтів обох груп має повільний характер і становить у середньому в групі Q-ІМ – 10 хвилин, та в групі non-Q-ІМ – 12 хвилин, що в 2 рази нижче від показників здорової людини.

За показниками вміння переключатися та концентруватися в групі Q-ІМ діагностувалися дуже значні коливання від максимального значення 65 помилок до зовсім безпомилкового виконання завдання, при цьому в 46,4% пацієнтів відмічається порушення цих процесів, з них в 32,1% порушення виявляються значні.

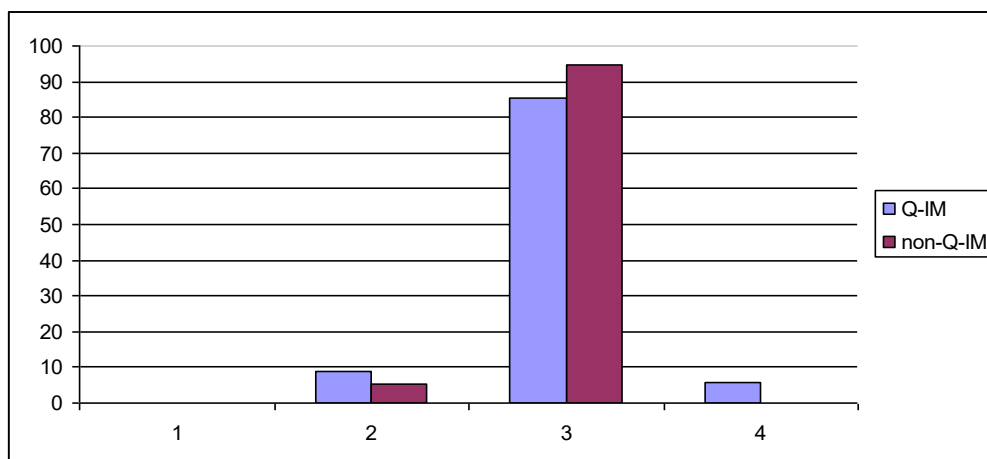
У пацієнтів групи non-Q-ІМ порушення концентрації та переключення уваги було встановлено в 53,3% пацієнтів, із показниками значного порушення в 33,3%. Треба відмітити, що максимальне число помилок було 59, а мінімальне – 3 помилки, при цьому відмічається залежність процесу переключення від особистісного профілю: у акцентуйованих особистостей із високими показниками за шкалами невротичної тріади відмічається значне зниження концентрації уваги та збільшення помилок.



Примітка: 1 – без порушень, 2-2 – порушення уваги середнього ступеня, 3-3 – значні порушення уваги.

Рис. 7. *Показники порушення уваги*

При дослідженні також було виявлено зниження інтелектуальних здібностей майже у всіх пацієнтів обох груп. При цьому питома вага пацієнтів не змогла виявити закономірності логічного просторового відтворення в таблицях D і E, що вказує на прогресивне зниження інтелектуальних здібностей. По групах ці показники розташувались таким чином: 85,3% пацієнтів групи Q-ІМ мали зниження інтелекту до середніх значень та 5,9% пацієнтів значне зниження інтелекту й лише 8,8% мали інтелект вище середнього, загальний індекс становив 31 бал; у групі non-Q-ІМ 94,5% пацієнтів мали зниження інтелекту до середніх значень, та в 5,5% відмічалися показники вище середнього, при цьому значних порушень у пацієнтів цієї групи не відмічалось, та загальний індекс становив 33 бали. Незважаючи на це, у пацієнтів в обох групах не спостерігалось зниження інтелекту до інтелектуального дефекту.



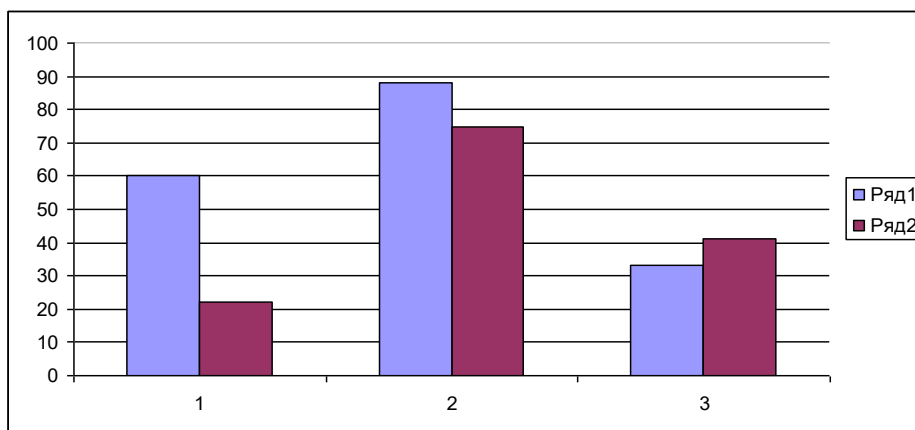
Примітка: Щабель розвитку інтелекту: 1-1- високо розвинений, 2-вище середнього, 3-зниження інтелекту в середньому ступені, 4-4- значне зниження.

Рис. 8. Показники ступеня зниження інтелекту

Треба звернути увагу, що в пацієнтів групи Q-ІМ відмічається прогресивне зниження інтелекту у вигляді порушення мислення у зв'язку з порушенням вищих кіркових функцій, та практичного інтелекту, у структуру якого входить вміння адаптуватися до оточуючого середовища. Відмічались порушення антиципаційних спроможностей, вміння передбачати хід подій, планувати свою діяльність з ціллю уникнення небажаних наслідків і переживань та адаптація до середовища.

Особистісний тип психічного реагування в більшості пацієнтів був істеричний. Даний тип реагування є суттю соціально опосередкованого відношення до дійсності та свого міста в суспільстві: це особистісні реакції на соціально значимі події чи зміни свого статусу. У даному випадку важливе значення має не сам характер психотравмуючої ситуації, а особистісне відношення до неї.

Підвищення профілю особистості відмічалось у 76,5% пацієнтів групи Q-ІМ за шкалою істерії, при цьому для більшості характерна конверсія, що вказує на такі невротичні захисні механізми при яких тривога знижується за рахунок соматизації та витеснення її шляхом формування демонстративної поведінки, з їх в 52,9% відмічаються істеричні вияви у вигляді акцентуації. При цьому в особистостей з акцентуаціями істеричного типу відмічається значне зниження уваги в 50% пацієнтів, за психомоторними показниками більшість пацієнтів мають низькі показники й тільки в 33,3% пацієнтів середня нервова система, та 88,2% пацієнтів мають показники зниження інтелекту до 3 ступеня, що говорить про недостатність у хворих фізичних і психічних ресурсів для задоволення актуальних потреб, зниження рівня інтрапсихічної адаптації.



Примітка: 1 ряд-пацієнти з акцентуацією по істеричному типі, 2 ряд-пацієнти з конверсійною п'ятіркою, але яка не доходить до акцентуації. 1-показники значного зниження уваги, 2-показники зниження інтелекту в середньому ступені, 3-3- середній тип нервової системи.

Рис. 9. Показники співвідношення порушень психологічних складових у пацієнтів з істеричними включеннями та акцентуаціями

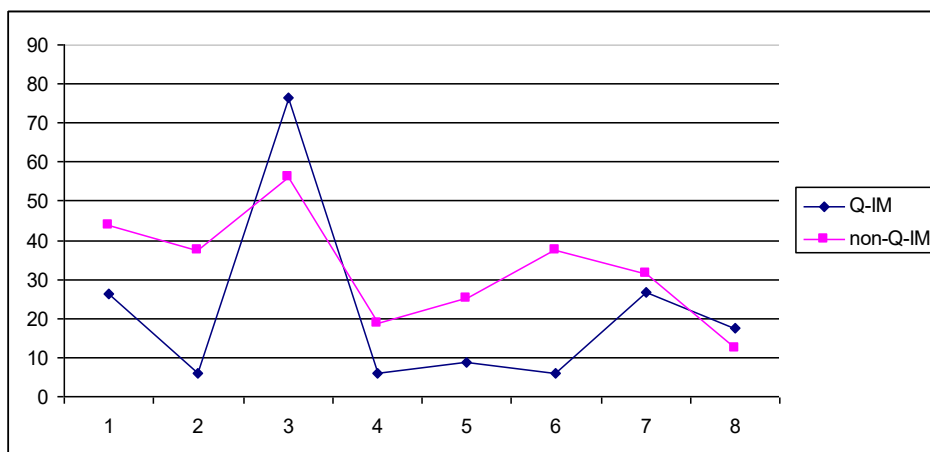
За шкалою шизоїдії у 26,5% пацієнтів відмічалось підвищення нейропсихічних показників, що вказувало на вичерпання компенсаторних можливостей особистості і як наслідок зростання аутизації. Порушення механізмів інтрапсихічної адаптації відмічається в 5,9% пацієнтів. Істеричні вияви з різними функціональними порушеннями та запереченням психологічних проблем характерні для 6% пацієнтів. 17,6% пацієнтів даної групи мають значне зниження за шкалою гипоманії, що вказує на можливість розвитку депресивних тенденцій.

Профіль особистості в пацієнтів групи non-Q-ІМ також має підвищення за шкалами невротичної тріади із них 56,2% пацієнтів мають істеричні вияви у вигляді конверсійних реакцій, при цьому в 37,5% пацієнтів спостерігаються порушення механізмів інтрапсихічної адаптації, виражена дезінтеграція особистості спостерігається в 18,8% пацієнтів цієї групи. Депресивні стани різного ступеня вираженості відмічається в 50% пацієнтів. У 31,3% пацієнтів діагностується зростання аутизації з ригідністю афекту, та вірогідністю формування концепцій, які важко корегуються. 18,7% пацієнтів мають підвищення за шкалою психопатії. У загалом в 75% пацієнтів цієї групи профіль особистості є такий, що становить зміни особистості за органічним типом, у структурі якого маються істеричні включення з різними функціональними порушеннями та запереченням психологічних проблем.

В обох групах відмічається зниження в особистісному профілі показників за шкалою психопатії в такому співвідношенні: 35,3% пацієнтів у групі Q-ІМ та 25% пацієнтів у групі non-Q-ІМ. Це консервативні особистості, що мають високий рівень ідентифікації зі

своїм соціальним статусом, з тенденцією до збереження постійних установок, інтересів та цілей.

Таким чином, отримані результати показали, що порушення пізнавальних процесів відмічалось у більшості пацієнтів у вигляді порушень уваги та інтелекту (76%), переважало зниження здібності до вирішення проблем та мислення (69%).



Примітка: 1- шкала іпохондрії, 2-2- шкала депресії, 3-3- шкала істерії, 4-4- шкала психопатії, 5-5- шкала паранойяльності, 6-6- шкала психастенії, 7-7- шкала шизоїдії.

Рис. 10. *Показники підвищення за шкалами особистісного опитувальника між групами в процентному співвідношенні*

Такий показник, як «дослідження уваги» виявив зниження загальної психічної працездатності (74%), порушення стійкості (46%), стомлення (89%), що виражалося в припущенні помилок, які характерні для хворих з судинними або іншими органічними ураженнями головного мозку. Одноманітні зорові подразники в умовах довгострокових перевантажень зорового аналізатора в даній групі пацієнтів викликали стомлення та збільшення години на виконання завдання: 56,3% пацієнтів I групи мали такі порушення, та 64,7% – в II групі.

Зниження інтелекту у вигляді змін мислення у зв'язку з порушенням вищих кіркових функцій та практичного інтелекту, у структуру якого входить вміння адаптуватися до оточуючого середовища було виявлено в 58% хворих I групи, що досліджувалися та 74% – II групи. Відмічалися порушення антиципаційних спроможностей. Вміння передбачати хід подій, планувати свою діяльність з метою уникнення небажаних наслідків та переживань та адаптація до середовища. У першій групі 75% пацієнтів мають значне зниження інтелекту, у другій групі 84,6%.

Основні нейропсихологічні симптоми у хворих з ІХС

Основні нейропсихологічні симптоми	Кількість пацієнтів (абсолютна кількість)
Розлади концентрації уваги	45
Порушення пам'яті	67
Труднощі рахунку	34
Вербальні розлади	49
Пароксизмальні стани (синкопа)	5
Зниження розумової працездатності	58
Труднощі засвоєння психомоторних програм	64
Патологічна інертність	28
Порушення регуляторної ланки інтелекту	68
Порушення праксиса	16
Порушення сну	53
Безсоння	26
Турбота	37
Тривога	71
Депресія	67
Дратівливість	43
Плаксивість	32

За психомоторними показниками в першій групі відмічалось 43,8% пацієнтів з низькою лабільністю, 37,5% з середньою лабільністю, та 25% з високою лабільністю. У другій групі відмічалось збільшення пацієнтів з низькою лабільністю 58,8%, та зменшення з середньою 23,5%, та високою 11,8%.

Емоційні розлади виявлені у 46-ти осіб: в 33 пацієнтів переважали тривожні розлади, в 17 пацієнтів відзначено поєднання тривожних розладів і неглибокої депресії. Частота і вираженість тривожних і депресивних розладів істотно розрізнялася в пацієнтів при наявності ДЕП II стадії, визначено достовірне підвищення тривожності за шкалами Гамільтону й за госпітальною шкалою оцінки тривожності порівняно з пацієнтами ДЕП I ст ($p < 0,05$). Порівнювані групи пацієнтів не розрізнялися за віком, тривалістю захворювання й супутньою патологією. У зв'язку з цим прогресування хронічної ішемії мозку представляється незалежною причиною тривожно-депресивних розладів, що узгоджується з даними інших дослідників.

Особистісний тип психічного реагування в більшості пацієнтів (67%) був істеричний. Даний тип реагування є суттю соціально опосередкованого відношення до дійсності та своєму місті в суспільстві. Це особистісні реакції на соціально значимі події чи зміни свого статусу.

У даному випадку важливе значення має не сам характер психотравмуючої ситуації, а особистісне відношення до неї. Це виражалось у підвищенні 3 шкали в особистісному профілі особистості, що вказує на витиснення факторів що викликають тривогу за рахунок соматизації тривоги шляхом формування демонстративної поведінки.

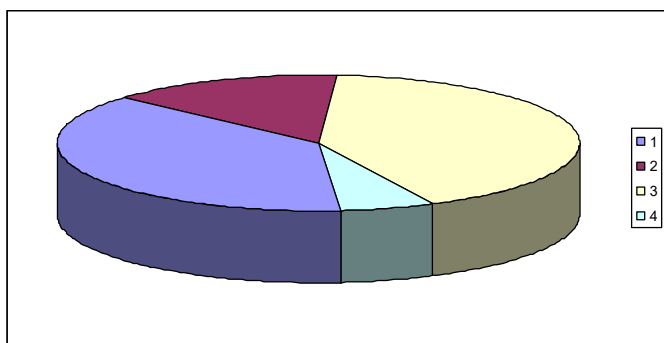
У 36,6% пацієнтів спостерігається підвищення профілю за шкалою невротичної тріади, що свідчить про недостатність у хворих фізичних і психічних ресурсів для задоволення актуальних потреб, зниження рівня інтрапсихічної адаптації.

При вивченні особистості в умовах соматичного захворювання необхідно враховувати й зміни об'єктивної ситуації, конкретні життєві обставини, у яких хворий виявляється у зв'язку із захворюванням. Хвороба набуває особливого особистісного змісту для людини, формується внутрішня картина хвороби – цілісне відображення ситуації захворювання в психіці індивіда, що включає масу відчуттів, переживань, уявлень і знань, пов'язаних із захворюванням і його наслідками. Все перераховане вище формує внутрішню картину хвороби.

Як показали результати нашого дослідження, у більшості хворих діагностуються дезадаптивні типи психічного реагування на хворобу і становлять у групі Q-ІМ 62,3% та 77% у групі хворих non-Q ІМ.

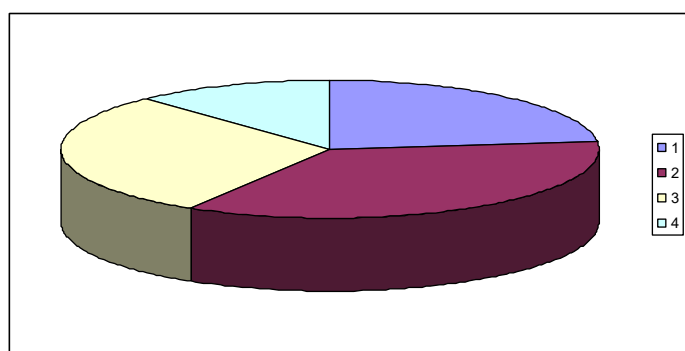
У групі Q-ІМ в 38,2% хворих зустрічається адаптивний тип відношення до хвороби (який проявляється як відсутність підвищення по шкалах або як ергопатичний тип). Співвідношення між блоками дезадаптивних типів реагування на хворобу розподілилося таким чином, типи реагування з інтрапсихічною спрямованістю виявлені в 14,7% від загального числа хворих цієї групи, з інтерпсихічною спрямованістю – у 41,7% хворих, та у 5,9% хворих був змішаний тип. У групі non-Q-ІМ адаптивний тип відношення становить 23,5%, з інтрапсихічною спрямованістю 35,3%, інтерпсихічною спрямованістю 29,4%, та змішаний тип відмічається у 12%.

Для пацієнтів групи Q-ІМ серед дезадаптивних типів більш характерний інтерпсихічний. Хворі з таким типом відношення до хвороби при різних емоційно-афективних реакціях на хворобу проявляють дезадаптивну поведінку, яка приводить до порушення їх соціального функціонування. При цьому найбільш поширений сенситивний. Для таких пацієнтів являється рефлексивний стиль мислення, орієнтація на оцінку оточуючих. У зв'язку з цим суттєвим стає не самі хворобливі прояви чи неприємні відчуття внаслідок захворювання, а реакція на інформацію о хворобі із сторони референтної групи.



Примітка: 1 – адаптивний, 2 – інтрапсихічна спрямованість, 3 – інтерпсихічна спрямованість, 4- змішаний тип.

Рис. 11. *Співвідношення блоків психологічного реагування на хворобу в групі Q-ІМ*



Примітка: 1 – адаптивний, 2 – інтрапсихічна спрямованість, 3 – інтерпсихічна спрямованість, 4 – змішаний тип (відсотках).

Рис. 12. *Співвідношення блоків психологічного реагування на хворобу non-Q ІМ*

Для пацієнтів групи non-Q-ІМ серед дезадаптивних типів більш характерний інтрапсихічний тип з більш частим проявом у різних сполученнях тривожного та неврастенічного типу відношення до хвороби. Тривожні пацієнти постійно проявляють неспокій відносно небажаного пливу захворювання. Тривога частіше усього направлена на майбутнє та визвана часто побоюваннями, що хвороба надовго і суттєво змінить стереотип життя. Неврастенічний тип поведінки йде по типу «дратівливої слабкості». Дратівливість захоплює як фізичні явища, так і відношення оточуючих. Таких пацієнтів відмічає нетерплячість, важкість перенесення больових відчуттів.

У пацієнтів групи Q-ІМ відмічається більш питома вага адаптивних типів реагування на хворобу ніж у пацієнтів групи non-Q-ІМ, що пов'язане із преморбідними особливостями особистості пацієнтів групи non-Q-ІМ.

За спеціально розробленою анкетною було проведено анкетування пацієнтів обох груп для виявлення психологічного типу А (ПТА). Серед

чоловіків обох груп ПТА склали 58,5%, а останні представляли проміжні типи АВ. Серед жінок психотип А був виявлений у 33,5% особистостей, психотип В – у 10,0%; останні були віднесені до проміжних типів АВ.

Таким чином, представленість «інфарктного» психотипу А була вище у чоловіків, ніж у жінок.

Таким чином, у результаті проведеного дослідження були виявлені основні особистісні особливості хворих з ураженнями серцево-судинної системи. Як що розглядати захворювання з точки зору критичних ситуацій і теорії переживання то вона охоплює всі ланки життя, та викликає водночас і стрес, і фрустрацію, і конфлікт, і кризи. Конкретна критична ситуація в житті цих пацієнтів це не статичне утворення, а процес який має складну динаміку, в якому різні типи ситуацій не можливостей мають взаємний вплив друг на друга через внутрішні стани, зовнішню поведінку та його об'єктивні свідчення. Цільові детермінанти процесу переживання порушуються в силу неможливості реалізації внутрішніх необхідностей життєдіяльності. Неможливість більш продуктивно протистояти труднощам і складностям життя призводять до кризи, яка призводить до неможливості реалізувати життєві плани. У совладанні з захворюванням у часті пацієнтів з'являється патологічний розвиток переживання заперечення.

У деяких пацієнтів розвивається домінуючий адаптивний механізм у вигляді витискання. Але витискання і продавлення не завжди завершуються вдалою адаптацією особистості. Інколи посилене бажання забути фруструючу ситуацію призводить до протилежного результату в зв'язку з чим понижується загальний рівень інтелектуальної активності. Бажання як повніше витискати спомини про психотравмуючі ситуації призводить до інтрапсихічного напруження та посилення захворювання.

Але крім цього були розглянуті основні варіанти організації індивідуального реабілітаційного процесу. Насамперед, була проведена оцінка рівня психологічної складової реабілітаційного потенціалу кожного хворого. Ця робота проводилася з урахуванням наступних критеріїв оцінки:

– високий рівень психологічної складової реабілітаційного потенціалу діагностувався при відсутності у хворого порушень пізнавальних функцій і емоційно-вольової сфери, середнього типу нервової системи з середньою лабільністю, а загальна спрямованість особистості дозволяє в умовах хронічного захворювання й обмеження життєдіяльності підтримувати адекватні зв'язки з оточенням, та адаптивним типом відношення до захворювання. Хворі цієї групи досить адекватно оцінюють свій стан, а при несприятливому прогнозі повного

видужання концентрують свою увагу на тих сферах інтересів, які залишаються доступними;

– середній (задовільний) рівень психологічної складової реабілітаційного потенціалу діагностувався при не різко вираженому зниженні пізнавальних функцій, що викликало додаткове занепокоєння про подальшу працездатність, при емоційних порушеннях, що не досягають високого ступеня, середньо-слабкій нервовій системі, та відношення до захворювання інтрапсихічної спрямованості з незначним порушенням соціальної адаптації, зниженням мотивації до участі в лікуванні.

– низький рівень психологічної складової реабілітаційного потенціалу виділявся при виражених когнітивних порушеннях, виражених розладах емоційно-вольової сфери, значних розладах особистості, та відношенні до захворювання інтрапсихічної спрямованості, яка базується на преморбідних особливостях особистості, що сприяє порушенню соціальної адаптації, низькому рівні мотивації до участі в лікуванні.

Для хворих з високим рівнем психологічної складової реабілітаційного потенціалу визначається сприятливий реабілітаційний прогноз і реабілітаційна робота повинна бути спрямована на підтримку хворого в процесі лікування, та роботу з психологом за методом психологічного консультування та психологічної корекції, а також створення високого реабілітаційного потенціалу найближчого соціального оточення хворого.

Для хворих із середнім рівнем психологічної складової реабілітаційного потенціалу визначається відносно сприятливий прогноз реабілітації націлений на активну участь найближчого соціального процесу в реабілітації хворого. З боку психолога й психіатра передбачається проведення психокорегуючих програм, психотерапевтичної групової роботи спрямованої на роботу з переживаннями та позитивну психотерапію.

Несприятливий реабілітаційний прогноз визначається для хворих з низьким рівнем психологічної складової реабілітаційного потенціалу. Робота з такими пацієнтами потребує окремо розробленої програми психіатричної й психологічної допомоги. А для пацієнтів з інтрапсихічною спрямованістю необхідно рекомендувати раціонально-мотивну Гештальт-терапію і як допоміжну – логотерапію.

Клініко-інструментальна оцінка структурно-функціональних порушень церебральної гемодинаміки та електрогенезу, компенсаторно-адаптаційних механізмів при ішемічній хворобі серця

В розділі наведені результати дослідження церебральної гемодинаміки з використанням реоенцефалографічного дослідження,

ультразвукового доплерографічного дослідження судин головного мозку, мікроциркуляції, а також дослідження ЦНС методами комп'ютерної ЕЕГ; нейрофізіологічне обстеження виявило наступні особливості гемодинаміки та електрогенезу, пов'язані з неврологічними проявами.

Характеристика церебральної гемодинаміки. Оцінка церебральної гемодинаміки, функціонального стану судин головного мозку й їхніх компенсаційних можливостей проводилася за результатами реоенцефалографічного дослідження. Аналіз результатів досліджень проводили згідно до клінічних груп (I та II групи).

Кількісний і якісний аналіз реоенцефалографічних (РЕГ) показників у обстежених хворих дозволив виявити зміни гемодинаміки та розподілити їх на чотири синдромні групи: дистонія, гіпертонус, гіпотонус, нормотонус.

Ознаки дисфункції венозної системи поєднувалися з будь-яким із виділених типів РЕГ, але частіше були діагностовані при дистонічному та гіпотонічному типі.

Вивчення особливостей гемодинаміки мозку показало, що з загального числа обстежених хворих у 92,3% випадків зареєстровані ті або інші судинні зміни: 28,1% - судинна дістонія, 47,3% - гіпертонус і 19,6% - гіпотонус, 7,3% - нормотонус.

Найхарактернішими змінами РЕГ були: зменшення крутизни підйому анакрати пульсової хвилі, збільшення α до 0,19-0,20с, зниження реографічного індексу до 0,7, що свідчить про зниження інтенсивності кровонаповнення мозкових судин у басейні внутрішніх сонних артерій у 37% хворих I групи та 58% - II групи. Необхідно також зазначити, що вищеописані зміни у даної групи хворих поєднувалися в 68% випадків з ознаками вираженого венозного застою.

Таблиця 6

Розподіл обстежених хворих за реоенцефолографічними синдромами

Клінічні групи	Синдромні групи								
	α	Гіпертонус		Дистонія		Гіпотонус		Нормотонус	
		D	S	D	S	D	S	D	S
I	M \pm m	0,19 3 0,016	0,0196 \pm 0,012	0,16 \pm 0,013	0,15 \pm 0,014	0,08 \pm 0,015	0,08 \pm 0,014	0,12 \pm 0,01 2	0,12 \pm 0,015
II	M \pm m	0,18 0,01	0,18 \pm 0,012	0,15 \pm 0,012	0,15 \pm 0,013	0,07 \pm 0,016	0,10 \pm 0,014	0,12 \pm 0,01 5	0,13 \pm 0,013

Примітка: α – період анакротичної фази

D – зправа

S – зліва

Таблиця 7

Характеристика показників РЕГ

Група	Кількість (n)		α		PI		TH	
			D	S	D	S	D	S
Контроль	20	.FM	0.173 ± 0.016	0.176 ± 0.01	1.07 ± 0.097	0.95 ± 0.008	1.39 ± 0.04	1.34 ± 0.075
		OM	0.165 ± 0.012	0.174 ± 0.01	1.18 ± 0.14	1.17 ± 0.169	1.50 ± 0.04	1.15 ± 0.06
I	61	.FM	0.172 ± 0.011	0.192 ± 0.01	1.20 ± 0.05	0.19 ± 0.06	1.4 ± 0.078	1.269 ± 0.68
		OM	0.154 ± 0.01	0.173 ± 0.01	1.19 ± 0.09	1.2 ± 0.029	1.20 ± 0.09	1.269 ± 0.68
II	59	.FM	0.158 ± 0.014	0.206 ± 0.015	1.26 ± 0.10	1.22 ± 0.104	1.44 ± 0.09	1.279 ± 0.064
		OM	0.16 ± 0.01	0.137 ± 0.014	1.2 ± 0.2	1.13 ± 0.2	1.13 ± 0.18	1.751 ± 0.12

Примітка: α – період анакротичної фази

PI – реографічний індекс

ДІ – дикротичний індекс

D – зправа

S – зліва

n – кількість хворих

FM – фронто-мастоїдальні відведення

OM – окципіто-мастоїдальні відведення

Функціональні проби (повороти голови) викликають зниження інтенсивності кровонаповнення більш, ніж на 25% у 7,3% хворих. Ортостатична проба викликала, як правило, адекватну реакцію або зміни за дистонічним типом. Відсутність або торпідність реакції на ортопробу зареєстровано в 13,9% хворих із супутньою патологією серцево-судинної системи (гіпертонічною хворобою або церебральним атеросклерозом).

Аналіз показників ультразвукового доплерографічного дослідження судин головного мозку виявив наявність атеросклеротичних змін: КІМ

більше 0,1 у 167 хворих з ІХС, із них 58% хворих II групи та 42% - I групи. У всіх пацієнтів, як у групі з перенесеним Q-інфарктом, так і в групі з non-Q - інфарктом відмічалось атеросклеротичне ураження магістральних судин головного мозку. У 34% пацієнтів з перенесеним Q-інфарктом були знайдені атеросклеротичні гетерогенні бляшки діаметром 15-35%, розташовані у біфуркації сонних артерій; у 27 пацієнтів з перенесеним Q-інфарктом були гомогенні бляшки діаметром 25-45%. У хворих з non-Q – інфарктом: гетерогенні бляшки були виявлені у 17% хворих, гомогенні – у 23% пацієнтів.

Таким чином, наявність атеросклеротичних бляшок в судинах головного мозку, свідчить про те, що процеси атерогенезу є не локальними, а системними та частіше вражають декілька басейнів серцево-судинної системи. Превалююча наявність гетерогенних бляшок церебральних судин головного мозку у даної групи хворих на ІХС свідчить про високий ризик розвитку гострих порушень кровопостачання головного мозку тромбоемболічного характеру, що призводить до оклюзії кінцевих судин коркової зони з послідуєчим розвитком неврологічного дефіциту або судинної деменції.

Дослідження центральної нервової системи (ЦНС). Проведені дослідження ЦНС методами комп'ютерної ЕЕГ, визначення ЗВП та їх аналіз у поєднанні з результатами РЕГ свідчать про взаємозв'язок змін електрогенезу головного мозку і ступеню виразності та дефіциту гемодинаміки, що виникає при ІХС, і вірогідно поєднується з недостатністю активаційного забезпечення когнітивної фази (при аналізі ЗВП), ознаки помірної міжпівкульової дезінтеграції, що є доказом розвитку функціональної недостатності полісинаптичних структур, дисфункції дії стріарної та таламічної систем при відносному збереженні цілісності їх компенсаторних можливостей.

За результатами електроенцефалографічного дослідження обстежені були розподілені за типами ЕЕГ: I тип – загально-мозкові порушення; II тип – функціональна нестійкість діенцефальних структур; III тип – іритативні зміни біоритміки; IV тип – вікова норма. Аналіз результатів біоелектричної активності головного мозку показав, що у осіб з порушенням серцевої діяльності, реєструються як нормальні (16,2%), так і абнормальні (83,8%) ЕЕГ (табл. 5.38).

Розподіл обстежених хворих за типами ЕЕГ залежності від клінічних груп

Клінічні групи		Кількість (n)	Типи ЕЕГ			
			I	II	III	IV
Контроль	20	20	60,0%			40,0%
Q (n – 73)	ФК 2	41 / 56,2%	49,0%	16,2%	33,7%	1,1%
	ФК 3	32 / 43,8%	46,8%	9,4%	43,8%	-
Non-Q (n -72)	ФК 2	35 / 48,7%	60,0%	11,4%	25,7%	2,9%
	ФК 3	37 / 51,3%	54,1%	13,5%	27,0%	5,4%

Аналіз результатів дослідження свідчить про те, що найбільш розповсюдженим був варіант ЕЕГ, що характеризувався помірним зниженням амплітудного рівня біоритміки, реєструвався переважно дезорганізований альфа-ритм з великою кількістю швидких хвиль, іноді загострених та повільних коливань, але їх кількість та їх амплітуда не перевершувала фонового ритму більш ніж на 18%. При топографічному картуванні визначалось чітке посилення спектральної потужності тета- і дельта-діапазону з характерною його топографією в потилично-центральных відділах, що виникає при гіпервентиляції. При цьому реакція активації була добре виражена. Трьохвимірною локалізацією цих видів активності показує чітку локалізацію джерел повільнохвильової активності у базальних відділах близько до середньої лінії, що вказує на можливу їхню генерацію за рахунок гіпоталамо-діенцефальних структур мозку. Вищеописані зміни біоелектричної активності переважали у 49,0% хворих I групи та 60,0% хворих II групи, здебільшого у хворих на ІХС ФК II.

Оскільки порушення серцевого ритму відіграють провідне значення в патогенезі мозкової дисциркуляції був проведений міжгруповий аналіз амплітудно-частотних показників альфа-ритму.

Електроенцефалографічні показники α -активності в залежності від функціонального класу ІХС та наявності Q-інфаркту в анамнезі

Клінічні групи		Кількість обстежених	Показники біоелектричної активності головного мозку			
			Амплітуда α -ритму (мкВ)		α -індекс (мкВ)	
			потиличне відведення	скроневе відведення	потиличне відведення	скроневе відведення
Контрольн а група		20	69,2 ±4,7	55,5±2,7	70,3±2,3	64,7±3,2
Q (n = 73)	ФК 2	41	53,4±3,9	50,9±3,7	64,3±3,0	60,1±2,8
	Рк-1		<0,01	< 0,01	< 0,01	> 0,05
	ФК 3	32	48,3±2,7	37,9±4,1	59,2±3,5	57,3±4,5
	Рк-2		<0,01	<0,01	<0,01	< 0,05
Non-Q (n =72)	ФК 2	35	51,4±3,2	48,8±3,7	60,3±3,1	61,1±2,9
	Рк-1		<0,01	<0,01	<0,01	< 0,05
	ФК 3	37	43,3±3,0	45,9±4,0	55,3±2,9	56,1±3,4
	Рк-2		<0,01	<0,01	<0,01	< 0,05
Р Q 1-2			<0,01	<0,01	<0,01	< 0,01
Р non Q 1-2			<0,01	<0,01	<0,01	< 0,01

Аналізуючи амплітудно-частотні показники α -ритму як головні, що відображають функціональний стан головного мозку та його біоелектричну активність констатуємо, що амплітуда α -ритму в скроневих відведеннях в першій групі дещо нижча, ніж в контрольній. Що ж стосується потиличного відведення, то вірогідне зниження амплітуди α -ритму виявлене в обох групах в порівнянні з контрольною. З погіршенням серцевої діяльності у хворих з більш виразними порушеннями ці показники в скроневих відведеннях вірогідно погіршуються в порівнянні з контрольною групою. Окрім того, визначається вірогідна різниця в величині амплітуди α -ритму між групами як в скроневих, так і в потиличних відведеннях. Стосовно α -індексу можна також стверджувати, що в скроневих відведеннях як в першій, так і в другій групі при ФК II він також менший, ніж в контрольній групі, але різниця менш вірогідна ($p < 0,05$). В обох групах при ФК III показник α -індексу вірогідно менший, ніж в контрольній групі ($p < 0,01$). В потиличних відведеннях вірогідно ($p < 0,01$) менший α -індекс у обстежених II групи в порівнянні з контрольною та I групою.

При поєднанні ІХС та дисциркуляторних розладів в вертебро-базиллярній системі у 13,0% хворих (переважно у хворих ФК ІІ незалежно від локалізації інфаркту) спостерігаються явища десинхронізації та сплюснення ЕЕГ, що, очевидно, пов'язано з пригніченням ретикулярної формації (РФ) на рівні стовбура і заднього гіпоталамуса при посиленні активації неспецифічного таламуса за рахунок гемодинамічних розладів. При цьому зміни біоритміки в другій групі більш виразні, що свідчить про судинний фон, більш сприятливий для розвитку ускладнень з боку центральної нервової системи.

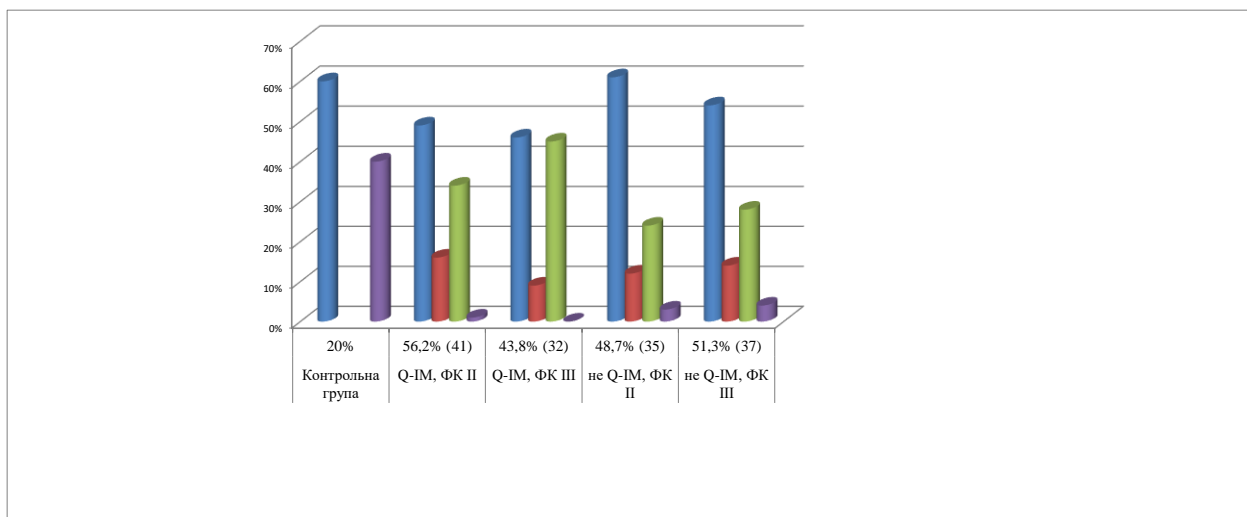
При поєднанні ІХС та цереброваскулярних розладів переважно в басейні внутрішньої сонної артерії з ДЕ ІІ ст. зміни на ЕЕГ проявляються збільшенням питомої ваги повільнохвильової тета- і дельта-активності, що свідчить про функціональну нестійкість мезодієнцефальних структур головного мозку.

При ураженні дієнцефальних структур в картині ЕЕГ відмічалось характерне зміщення розподілу альфа активності чітко в фронто-базиллярному напрямку.

У групі хворих на ІХС в поєднанні з дисциркуляторною енцефалопатією паттерн ЕЕГ характеризувався гіперсинхронним мономорфним слабореактивним альфа-ритмом. Протилежний паттерн стійкої десинхронізації альфа-ритму та сплюснення кривої ЕЕГ пов'язаний, навпаки, із пригніченням неспецифічного таламуса і підвищенням активації РФ стовбура, спостерігається переважно у хворих із поєднаною формою ІХС та ГХ.

У групі хворих на ІХС, незалежно від локалізації інфаркту міокарду в поєднанні з дисциркуляторною енцефалопатією, паттерн ЕЕГ характеризувався гіперсинхронним мономорфним слабореактивним альфа-ритмом. Протилежний паттерн стійкої десинхронізації альфа-ритму та сплюснення кривої ЕЕГ пов'язаний, навпаки, із пригніченням неспецифічного таламуса і підвищенням активації РФ стовбура, спостерігається переважно у хворих із поєднаною формою ІХС та ГХ.

Таким чином, розширена електроенцефалографія знаходить більш широке використання в клінічній практиці як метод визначення порушень когнітивних функцій у хворих із функціональними розладами центральної нервової системи, що має істотне значення для об'єктивізації даних клінічного дослідження і вирішення експертних питань. Встановлені зміни біоритміки мозку підтверджуються результатами дослідження ЗВП, які свідчать про помірне підвищення середньо- і довголатентних компонентів ЗВП (П2,П3, Н3,Н4), зниження амплітуди коркової відповіді в когнітивній фазі, зареєстровані у 37,2% обстежених; у 62,8% показники ЗВП відповідали нормі.



Примітка:

- 1 – помірні загально мозкові зміни біоритміки головного мозку;
- 2 – функціональна нестійкість діенцефальних структур;
- 3 – ірритативні зміни біоритміки;
- 4 – вікова норма.

Рис. 13. *Питома вага ЕЕГ синдромів*

На сучасному етапі метод визначення викликаних потенціалів (ВП) мозку розширює інформативність фонового ЕЕГ дослідження

Таблиця 10

Значення латентних періодів зорових викликаних потенціалів (мс) в залежності від клінічних груп (M±m)

Компоненти ЗВП	Контрольна група	I		II	
		ФК II	ФК III	ФК II	ФК III
П1	18,0 ± 4,7	19,0 ± 5,8	17,3 ± 5,6	20,4 ± 4,8	21,1 ± 3,6
Н1	33,8 ± 7,1	31,3 ± 3,0	34,1 ± 3,2	32,6 ± 3,7	35,4 ± 4,3
П2	49,8 ± 7,1	50,7 ± 5,1	48,9 ± 6,0	48,7 ± 5,5	49,5 ± 5,9
Н2	76,4 ± 7,7	76,4 ± 8,6	78,6 ± 7,8	74,2 ± 6,8	81,3 ± 6,2
П3	97,7 ± 6,8	101,5 ± 9,9	104,5 ± 9,0	102,3 ± 7,1	111,8 ± 7,5
Н3	130,2 ± 8,0	175,2 ± 9,1	179,3 ± 9,9	196,3 ± 11,0	213 ± 9,0
П4	195,7 ± 8,8	221,7 ± 2,5	234,6 ± 9,2	244,3 ± 10,2	241,4 ± 8,5
Н4	251,2 ± 23,0	305,4 ± 29,2	299,1 ± 213,3	312,4 ± 212,8	309,4 ± 14,1

Примітка: П – позитивні компоненти ЗВП; Н – негативні компоненти ЗВП.

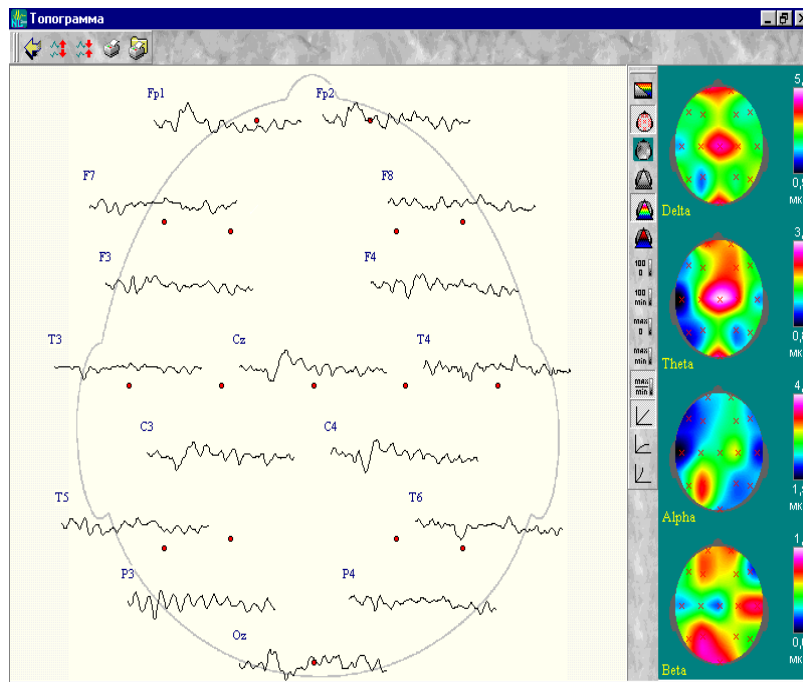


Рис. 14. *Топографія розподілу нейрональних імпульсів у когнітивну фазу*

На топограмах зорових ВП мала місце складна конфігурація потенціального поля, яка вказувала на наявність більш ніж одного джерела генерації ВП. Використання двоходипольної моделі дозволило виділити фази в розгортанні ВП, в кожній з яких виявляється зацікавленість різних структур головного мозку. На основі аналізу часу розгортання кожної з фаз отримано часове співвідношення різних фаз до загального часу розпізнання значимого стимула. Ці показники свідчать про деяке погіршення процесів обробки інформації, що надходить переважно в неспецифічні коркові структури, які регулюють корково-підкорковий гомеостаз та свідчать про зниження процесів обміну в мозку, пригнічення активуючих систем стовбура. Це підтверджується тим, що амплітудно-частотна характеристика ЕЕГ при фотостимуляції у 72,3% хворих співпадає з спектральною характеристикою ВП та в свою чергу дозволяє оцінити функціональну архітектуру мозку, установити виразність його ураження та компенсаційні можливості.

Таким чином, результати нейрофізіологічних досліджень дозволяють зробити наступні висновки:

1. Нейрофізіологічні дослідження вказують на порушення функціонального стану стовбурових, лімбіко-ретикуло-мезодієнцефальних утворень головного мозку, тісно пов'язаних з серцевою діяльністю.

2. Проведені дослідження ЦНС методами комп'ютерної ЕЕГ з визначенням ЗВП висвітлюють взаємозв'язок змін електрогенезу головного мозку та появи дефіциту активаційного забезпечення когнітивної фази, що є доказом розвитку функціональної недостатності полісинаптичних структур в обох групах хворих, але здебільшого у другій групі.

3. При дисфункції діенцефальних структур та ІХС в картині ЕЕГ відмічалася характерна активація синхронізуючих систем, зміщення розподілу альфа активності чітко в фронто-базиллярному напрямку, які можуть обумовлювати порушення серцевого ритму та виникнення пароксизмальної активності.

4. При погіршенні серцевої діяльності у хворих на ІХС спостерігається більш виразне пригнічення біоелектричної активності головного мозку, яке повинно бути враховане при розробці реабілітаційних програм.

Оцінка мікроциркуляторних змін. У загальній гемодинамічній системі капіляроскопічній ланці належить виняткова роль в процесах розподілу крові, газообміну та обміну речовин. У генезі мікроциркуляторних розладів при ІХС лежить гіперактивність симпатичної нервової системи, що призводить до підвищеної вазоконстрикції. Вазоконстрикторний ефект виявляється пошкодженням ендотелію мікросудин і вивільненням ендотеліна-розчинного пептиду, регулюючого кровотік на рівні мікроциркуляторного русла. Пошкодження ендотелію супроводжується також виділенням антигену VIII чинника Віллебранда, який впливає на тромбоцити і приводить до агрегації клітинних елементів крові, збільшенню в'язкості плазми, уповільненню кровотоку аж до стаза, появи сладж-феномену.

Проведена кількісна та якісна оцінка порушень гемомікроциркуляції ланки серцево-судинної системи у обстеженого контингенту (n=120).

Тип та ступінь мікроциркуляторних змін визначали по трьом основним синдромам (спастичний, спастико-атонічний, атонічний) з подальшою градацією на легкі, помірні та значні порушення.

Результати капіляроскопії у хворих з ІХС відповідно до синдромних груп

Клінічн і групи	Нормотонічн ий синдром				Спастичний синдром				Атонічний синдром				Спастико- атонічний синдром			
	D		S		D		S		D		S		D		S	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ВЕРХНІ КІНЦІВКИ																
I	1	6	1	6	6	33	6	33	2	11	2	11	9	50	9	50
II	1	5	1	5	8	42	8	42	1	5	1	5	9	47	9	47
НИЖНІ КІНЦІВКИ																
I	-	-	-	-	10	56	10	56	-	-	-	-	8	44	8	44
II	-	-	-	-	12	63	12	63	-	-	-	-	7	37	7	37

У хворих з ІХС були виявлені характерні порушення мікроциркуляції: блідий, каламутний фон, різкий спазм і укорочення артеріальних браншей, уповільнення швидкості кровотоку, аж до стаза, агрегація еритроцитів (сладж-феномен), звитість, дилатація венозних браншей, наявність периваскулярного набряку, значне збіднення в цілому судинного малюнка.

Порівняльний аналіз капіляроскопічної картини різних клінічних груп (відповідно тяжкості захворювання) дозволив розробити класифікацію по ступеню виразності розладів мікроциркуляції.

1-й ступінь розладу мікроциркуляції характеризувався блідо-рожевим фоном, незначним спазмом і укороченням капілярних петель, незначним, рівномірним уповільненням кровотоку, невеликим периваскулярним набряком (не більш 100мкм). Характерно, що даний ступінь порушень спостерігався тільки у одного пацієнта.

При 2-му ступені розладу мікроциркуляції наголошувався блідо-рожевий фон, більш виражений спазм артеріальних браншей, уповільнення кровотоку, сладж-феномен з невеликою кількістю еритроцитарних агрегатів(2-3 в полі зору), периваскулярний набряк (до 110мкм). Дані порушення спостерігалися у 50% хворих I клін. групи і у 10%-II клін. групи.

3-й ступінь розладу мікроциркуляції характеризувався блідим, білястим фоном, спазмом артеріальних браншей, незначною дилатацією венозних браншей, уповільненням кровотоку з частим спазмом, сладж-феноменом (5-6 агрегатів в полі зору), периваскулярним набряком до 125мкм. Такий вид капіляроскопічної картини спостерігався у 33,3% хворих I клінічної групи і у 37% – II групи.

Таблиця 12.

Розподіл хворих за ступенем розладу мікроциркуляції (за класифікацією Сидоренко Б.А.,1984)

Ступінь розладу мікроциркуляції	І група								ІІ група							
	Верхні кінцівки				Нижні кінцівки				Верхні кінцівки				Нижні кінцівки			
	D		S		D		S		D		S		D		S	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Іст.(скороминущі): сладж-феномен відсутній, немає стаза, периваскулярна зона 100мкм	1	6%	1	6%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Іст.-уповільнення кровотоку, немає стаза, сладж-феномен (не більше 2-3 агрегатів), периваскулярна зона до 110мкм.	9	50	9	50	9	50	9	50	2	10	2	10	2	10	2	10
ІІст.-уповільнення кровотоку, стаз крові в 20% капіл.,сладж-феномен(5-6 агрегатів),периваскулярна зона до 125мкм.	6	33	6	33	6	33	6	33	7	37	7	37	7	37	7	37
ІVст.-нерівномірний кровотік, стаз крові в 30% капіл.,сладж-феномен (більш 7 агрегатів), периваскулярна зона більше 125мкм.	2	11	2	11	3	17	3	17	10	53	10	53	10	53	10	53

Розлади мікроциркуляції 4-го ступеня виявлялися істотним збідненням судинного малюнка, білястим фоном, великою кількістю точкових капілярних форм, різким спазмом мікросудин, вираженим сладж-феноменом, периваскулярним набряком більш 125мкм. Така картина візуалізувалася у 11-17% хворих I клінічної групи і у 53%-II клінічної групи.

У групі хворих з Q-ІМ спостерігалася виражена периферична вазоконстрикція із залученням переважно артеріол, так що співвідношення діаметрів артеріол і венул було рівним 1:3-1:5. Інтра- і периваскулярні зміни виявлялися у вигляді периваскулярного набряку, внутрішньосудинної агрегації еритроцитів, мікротромбозу, уповільнення швидкості кровотоку. При обстеженні пацієнтів з не Q-ІМ відзначався нерізко виражений периваскулярний набряк, внутрішньосудинна агрегація еритроцитів, яка у переважній більшості випадків спостерігалася у венуло-капілярному секторі судинного русла.

Таким чином, гемомікроциркуляторні розлади у хворих на ІХС протікають за вазоконстрикторним, спастичним та спастико-атонічним типом. Ступінь порушень мікроциркуляції, що характеризується блідістю фону, наявністю сладж-феномена, периваскулярного набряку, спостерігалася у пацієнтів з II функціональним класом стенокардії і прогресивно зростала паралельно тяжкості перебігу захворювання. Дослідження гемомікроциркуляторних розладів є додатковим критерієм оцінки обмеження життєдіяльності у даного контингенту хворих і інвалідів з різним ступенем тяжкості перебігу віддаленого періоду після ІМ.

Підсумовуючи, можемо зробити наступні висновки:

1. Вивчення особливостей гемодинаміки мозку показало, що з загального числа обстежених хворих у 92,3% випадків зареєстровані ті або інші судинні зміни: 28,1% - судинна дістонія, 47,3% - гіпертонус і 19,6% - гіпотонус, 7,3% - нормотонус. Найхарактернішими змінами РЕГ були: зменшення крутизни підйому анакрати пульсової хвилі, збільшення α до 0,19-0,20с, зниження реографічного індексу до 0,7, що свідчить про зниження інтенсивності кровонаповнення мозкових судин у басейні внутрішніх сонних артерій у 37% хворих I групи та 58% - II групи. Необхідно також зазначити, що вищеописані зміни у даної групи хворих поєднувалися в 68% випадків з ознаками вираженого венозного застою.

2. Нейрофізіологічні дослідження виявили, що процеси атерогенезу є не локальними, а системними та частіше вражають декілька басейнів серцево-судинної системи. Превалюючи наявність гетерогенних бляшок церебральних судин головного мозку у даної

групи хворих на ІХС свідчить про високий ризик розвитку гострих порушень кровопостачання головного мозку емболічного характеру, що приводить до оклюзії кінцевих судин коркової зони з послідуєчим розвитком неврологічного дефіциту або судинної деменції.

3. Проведені дослідження ЦНС методами комп'ютерної ЕЕГ з визначенням ЗВП висвітлюють взаємозв'язок змін електрогенезу головного мозку та появу дефіциту активаційного забезпечення когнітивної фази, що є доказом розвитку функціональної недостатності полісинаптичних структур в усіх групах хворих, але здебільшого при ІХС ФК III. Зміни біоелектричної активності головного мозку вказують на порушення функціонального стану стовбурових, лімбіко-ретикуло-мезодієнцефальних утворень головного мозку, що тісно пов'язані з серцевою діяльністю порушення якої призводить до виникнення виразного пригнічення біоелектричної активності головного мозку.

4. Дослідження мікрогемодинаміки методом капіляроскопії є інформативним при визначенні стану периферійного кровообігу у постінфарктних хворих. Ступінь розладів мікроциркуляції, що характеризується блідістю фону, наявністю сладж-феномену, периваскулярного набряку спостерігалася у пацієнтів з II функціональним класом стенокардії і прогресивно зростала паралельно тяжкості перебігу захворювання.

5. При вирішенні медико-експертних питань у хворих з перенесеним ІМ існує потреба в комплексній клініко-функціональній оцінці стану серцево-судинної системи з обов'язковим використанням об'єктивних інструментальних методів, таких як навантажувальні тести, методи довготривалого моніторингу ЕКГ та АТ, ехографічні методи дослідження кардіогемодинаміки та магістральних судин, аналіз ВСР.

6. В оцінці реабілітаційного потенціалу та реабілітаційного прогнозу потрібно враховувати тип перенесеного інфаркту. Наявність Q-ІМ в анамнезі підвищує ризик розвитку дилатації порожнин серця та пов'язаним з цим зниженням контрактильної функції ЛШ. В комплексній оцінці обмежень життєдіяльності та реабілітаційних можливостей пацієнтів з перенесеним ІМ необхідно використовувати методи дослідження ЦНС: ЕЕГ та аналіз зорових викликаних потенціалів.

Список використаних джерел:

1. Іпатов А. В., Сергієні О. В., Войтчак Т. В. Інвалідність як інтегрований показник стану здоров'я населення України : монограф. Дніпропетровськ : «Пороги», 2002. 342 с.

2. Смычек В. Б., Хулуп Г. Я., Милькаманович В. К. Медико-соціальна експертиза и реабилитация. Минск : Юнипак, 2005. 420 с.

3. Професійна реабілітація інвалідів : довід.-метод. посіб., 2005 ; під ред. В. В. Маруніча. Дніпропетровськ : “Пороги”, 2005. 227 с.
4. Гайдаєв Ю. О., Корнацький В. М. Проблеми здоров'я та напрямки його покращення в сучасних умовах. *Український кардіологічний журнал*. Київ, 2007. №5. С. 12–16.
5. Агарков В. И., Грищенко С. В., Коровина В. П. Болезни системы кровообращения среди населения урбанизированного региона : монограф. Донецк : Норд-Пресс, 2004. 167 с.
6. Коваленко В. М. Атеросклероз і асоційовані з ним хвороби внутрішніх органів: загальна стратегія профілактики та етапність спеціалізованого лікування. *Український кардіологічний журнал*. 2007. №5. С. 8–11.
7. Лутай М. И. Стабильная стенокардия напряжения и методы ее диагностики. *Серце і судини*. 2008. №5(1). С. 18-20.
8. Амосова Е. Н., Захарова В. И., Макомела Н. Н., Андреев Е. В., Руденко Ю. В. Сравнительная оценка факторов сердечно-сосудистого риска, коронарного резерва, функции эндотелия и признаков атеросклероза при коронарном синдроме Х и начальном атеросклеротическом поражении коронарных артерий. *Серце і судини*. 2007. №1(17). С. 67-74.
9. Коваленко В. М., Лутай М. І., Сіренко Ю. М. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих. *Асоціація кардіологів України*. Київ: “Серв'є Україна” 2007. 112 с.
10. Гайдаєв Ю. О. Стан здоров'я населення України та забезпечення надання медичної допомоги : аналіт.-статист. посіб. ; під ред. Ю. О. Гайдаєва, В. М. Коваленка, В. М. Корнацького. Київ, 2007. 97 с.
11. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья : МКФ., Всемирная Организация Здравоохранения, 2001. 342 с.
12. Коваленко В. М. Атеросклероз і асоційовані з ним хвороби внутрішніх органів: загальна стратегія профілактики та етапність спеціалізованого лікування. *Український кардіологічний журнал*. Київ, 2007. №5. С. 8-11.
13. Следзевская И. К., Бабий Л. Н., Строганова Н. П., Голубь Н. С. Особенности течения сердечной недостаточности у больных, перенесших инфаркт миокарда при 2-х летнем наблюдении. *Серцева недостатність – сучасний стан проблеми* : матер. об'єднаного пленуму правлінь українських наук. товариств кардіологів, ревматологів та кардіохірургів з міжнарод. участю. Київ, 2002. С. 106-107.
14. Фолков Б. Эмоциональный стресс и его значение для развития сердечно-сосудистых заболеваний. *Кардиология*. 2007. № 10. С.4-11.
15. Вебер В. Р., Копина М. Н. Половые и возрастные особенности распространенности метаболического синдрома и отдельных факторов его развития. *Российский медицинский журнал*. 2007. №2. С. 10-12.

16. Волков В. И., Исаева А. С. Эндокринное старение женщины и проблема сердечно-сосудистой патологии. *Український кардіологічний журнал*. 2008. № 6. С. 85-91.
17. Курпатов А. В. Паническая атака и невроз сердца: 4 страшные тайны. 4-е изд., ОЛМА МЕДИАГРУПП, 2007. 224с.
18. Налобина А. Н., Кондратьев А. И., Ткаченко Т. В. Особенности вегетативной регуляции в процессе ранней реабилитации больных инфарктом миокарда. *Российский кардиологический журнал*. 2005. №2. С. 43-46.
19. Сумин А. Н., Береснева В. Л., Енина Т. Н. и др. Факторы, влияющие на эффективность физической реабилитации у больных перенесших инфаркт миокарда. *Клиническая медицина*. 2007. Том 85. №5. С. 24-29.
20. Васюк Ю. А., Чукаева И. И. Руководство по кардиологии: В 3-х томах. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 96 с.
21. Дедов И. И., Шестакова М. В. Сахарный диабет и артериальная гипертензия. Москва : МИА, 2006. 344 с.
22. Іпатів А. В., Сергієні О. В., Войтчак Т. Г. Інвалідність як інтегрований показник стану здоров'я населення України : монограф. Дніпропетровськ : Пороги, 2002. 342 с.
23. Ан М. Е., Газалиева Ш. М., Рахимбекова В. Б., Оскарова Г. А. Определение ведущих факторов, формирующих инвалидность и их прогностическая значимость у больных инфарктом миокарда. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация* : сб. науч. ст. Минск, 2006. С.23-27.
24. Сташкевич В. П. Савченко Н. А., Бабицкий В. Л. и др. Особенности церебральной гемодинамики и психологическая адаптация больных инфарктом миокарда в периоды реабилитации и реконвалесценции. *Лікарська справа*. 2005. №4. С. 9-12.
25. Сулеева Л. К. Медико-социальная экспертиза при заболеваниях сердечно-сосудистой системы : практ. пособ. Днепропетровск : «Пороги», 2001. 164 с.
26. Ілюшина Н. Ю., Газалиева Ш. М., Каусова Г. К., Секенова Р. К. Инвалидность вследствие цереброваскулярных заболеваний : *Медико-социальная экспертиза и реабилитация* : сб. науч. ст. ; под ред. В. Б. Смычка. Вып. 7. Минск, 2005. С. 219-223.
27. Ефремушкин Г. Г., Акимочкина А. Г., Ефремушкина А. А. Физическая работоспособность и баланс вегетативной регуляции у больных инфарктом миокарда в процессе длительной поликлинической реабилитации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2006. Т.5. №1. С. 76-80.
28. Тарасов Н. И., Каретникова В. Н., Малахович Е. В. и др. Особенности реабилитации и прогнозирование исходов при инфаркте миокарда, отягощенном нарушениями ритма сердца. *Российский кардиологический журнал*. 2001. №3. С. 10-13.

29. Ковальчук Л. С. Основные принципы медицинской реабилитации больных ишемической болезнью сердца. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация* : сб. науч.ст. Минск, 2007. Вып. 9. С.144-149.
30. Гайдаєв Ю. О., Корнацький В. М. Проблеми здоров'я та напрямки його покращення в сучасних умовах. *Український кардіологічний журнал*. Київ, 2007. №5. С.12-16.
31. Гинлла Томас А. Значение внутриглазного кровообращения в развитии СМД. *Новое в офтальмологии*. 2003. №4. С. 44-46.
32. Лакосина Н. Д., Сергеев И. И., Панкова О. Ф. Клиническая психология. Москва : МЕДпресс-информ. 2005. 413 с.
33. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. Санкт-Петербург, 2004. 280 с.
34. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Москва, 1998. 581 с.
35. Бауманн У., Перре М. Клиническая психология. Санкт-Петербург, 1998.
36. Титова Н. М. Клиническая психология. Санкт-Петербург : Приор-издат, 2007. 112 с.
37. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. Москва, 2006. 361 с.
38. Волков В. Т., Стрелис А. К., Караваева Е. В. Личность пациента и болезнь. Томск, 1995. 287 с.
39. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. Москва, 1987. 214 с.
40. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. Санкт-Петербург, 1997. 345 с.
41. Коцур Н. І., Гармаш Л. С. Психогігієна : навч. посіб. Чернівці : Книги–ХХІ, 2006. 380 с.
42. Максимено С. Д., Коваль І. А., Максименко К. С., Папуча М. В. Медична психологія : підруч. ; за заг. ред. акад. С. Д. Максименка. Вінниця : «Нова книга», 2008. 520 с.
43. Медична психологія : підруч. ; за заг. ред. проф. І. Д. Спіріної, проф. І. С. Вітенко. Дніпропетровськ, 2008. 218 с.

Сергієні О. В.
доктор медичних наук, професор
професор кафедри психології
ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет»

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я: СУТНІСТЬ ТА КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ

На сучасному рівні розвитку суспільства на перше місце виходять підвищені вимоги до рівня психічного здоров'я. Особливо це стосується осіб, які займаються інтенсивною розумовою працею. Це, в першу чергу, стосується студентів. В сучасних умовах життя, коли постійно збільшуються вимоги до молодих фахівців, зростає психоемоційне навантаження студентів, що може призвести до порушень психічного здоров'я. Значне збільшення обсягу інформації, її різноплановість та новизна, екзаменаційні стреси, зміна звичного розпорядку дня, дефіцит часу – все це призводить до напруги адаптаційно-компенсаторних механізмів, порушень психічної адаптації, а згодом – до формування хвороби. Саме в цей період відмічається найбільший ризик зриву адаптації та порушення психічного здоров'я.

Звертаючи на це увагу, є необхідним проведення моніторингу та діагностування психічного здоров'я студентів-психологів, які постають не лише як члени суспільства, але і як майбутні фахівці, які покликані допомагати іншим людям у вирішенні їхніх життєвих проблем. Професійна діяльність психолога висуває особливі умови до особистості фахівця, покликаного надавати психологічну допомогу. Особистість практичного психолога повинна виступати еталоном психічного здоров'я і комфорту і є, за думкою Р. Мея, основним інструментом, знаряддям його роботи. Психічне здоров'я є однією з умов становлення професійної самосвідомості, ідентичності, самоактуалізації та ефективної професійної діяльності психолога. Воно складає головну відносно неспецифічну динамічну основу ефективності та успішності професійної діяльності, обумовлює гармонійний розвиток особистості й досягнення професіоналізму.

Тому питання психічного здоров'я студентів психологів у сучасних умовах набуває все більшої актуальності.

Об'єктом проведеного дослідження є психічне здоров'я, а *предметом* – динаміка стану психічного здоров'я студентів-психологів впродовж навчання у закладах вищої освіти.

Метою дослідження є проведення теоретичного аналізу наукової літератури з даної проблематики, дослідження психологічних компонентів психічного здоров'я студентів-психологів молодших та старших курсів.

На даний момент недостатньо досліджена проблема динаміки психічного здоров'я студентів під час навчання у представників професійної групи психологічних спеціальностей.

Теоретична значущість виявляється у більш глибокому розкритті терміну психічного здоров'я, аналізу феномену та динаміки психічного здоров'я у студентському середовищі психологів. А практична значущість виявляється у виявленні особливостей психічного здоров'я студентів-психологів різних курсів для подальшої діагностики і корекції психічного стану майбутніх фахівців, а також застосуванні запропонованого психодіагностичного комплексу.

Теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми психічного здоров'я

Поняття психічного здоров'я у вітчизняних та зарубіжних психологічних дослідженнях

Термін «психічне здоров'я» був введений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). ВООЗ характеризує психічне здоров'я, як стан благополуччя, при якому людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно і плідно працювати, а також вносити внесок в життя своєї спільноти. У цьому позитивному сенсі психічне здоров'я є основою благополуччя і ефективного функціонування людини. Це основне поняття психічного здоров'я відповідає його широким і різноманітним інтерпретаціям у різних культурах.

В медичній літературі термін «психічне здоров'я» застосовується досить широко. У психології він з'явився порівняно недавно. Психологічний аспект психічного здоров'я пропонує звернути увагу на внутрішній світ особистості, її впевненості чи невпевненості у собі, своїх силах, відношеннях до навколишнього світу, подій тощо.

З'ясовуючи зміст поняття «психічне здоров'я», передусім звернемося до психологічних словників, які відображають певну інтеграцію всіх сучасних підходів до визначення тих чи тих понять.

У словнику А. В. Петровського і М. Г. Ярошевського зроблена спроба визначити це поняття з точки зору психології. Психологічне здоров'я розглядається в словнику як стан душевного благополуччя, яке характеризується відсутністю хворобливих психічних явищ і яке

забезпечує адекватну умовам навколишньої дійсності регуляцію поведінки і діяльності [26, с. 283].

У психологічному енциклопедичному словнику М. Єнікеев стверджує, що психічне здоров'я забезпечує адекватну психічну саморегуляцію індивіда (відповідність суб'єктивних психічних образів дійсності, психічних реакцій зовнішнім подразникам, їхньому об'єктивному значенню, адаптованість у міжособистісній взаємодії, здатність до цілеспрямованих дій) [16].

І. Дубровіна вважає, що психічне здоров'я характеризується відсутністю хвороби та забезпечує людині адекватну дійсності регуляцію поведінки [46].

За визначенням М. Є. Бачерикова, В. П. Петленка і Є. А. Щербини, «психічне здоров'я – це такий відносно стійкий стан організму і особистості, який дає змогу людині усвідомлено, враховуючи свої фізичні й психічні можливості, а також навколишні природні і соціальні умови, здійснювати й забезпечувати свої індивідуальні й суспільні (колективні) біологічні та соціальні потреби на основі нормального функціонування психофізичних систем, здорових психосоматичних і соматопсихічних відносин в організмі» [4, с. 35-36].

В. Я. Семке визначає психічне здоров'я як стан динамічної рівноваги індивіда з оточуючим природним і суспільним середовищем, коли усі закладені в його біологічній і соціальній суті життєві здібності проявляються найбільш повно, а всі підсистеми організму функціонують з максимальною інтенсивністю.

Ідеї неоднорідності, багатогранності поняття психічного здоров'я, а також спроби впорядкувати уявлення про нього проглядаються і в інших роботах. Так, І. В. Дубровіна, підкреслюючи неоднозначність вказаного терміну, вводить в науковий лексикон новий термін – «психологічне здоров'я», що дозволяє виділити власне психологічний аспект психічного здоров'я [43]. Психологічне здоров'я розглядається нею як сукупність особистих характеристик, які є передумовами стресостійкості, соціальної адаптації, успішної самореалізації і характеризується прийняттям себе, своїх достоїнств і недоліків, усвідомленням власної унікальності, своїх здібностей і можливостей; прийняттям інших людей, усвідомленням цінності кожної людини; добре розвиненою рефлексією, умінням розпізнавати свої емоційні стани, мотиви поведінки, наслідки вчинків; умінням знаходити власні ресурси у важкій ситуації.

Найбільш цілісна і, в той же час, диференційована модель психічного здоров'я представлена Б. С. Братусем, який зробив спробу систематизації уявлень про психічне здоров'я, взявши за основу

структуру особистості. Він виділив три рівні цієї структури, кожному з яких поставив у відповідність своє розуміння психічного здоров'я [6]. Вищий рівень психічного здоров'я – особистісно-смысловий, або рівень особистісного здоров'я. Наступний рівень – рівень індивідуально-психологічного здоров'я, оцінка якого залежить від здібностей людини побудувати адекватні способи реалізації смыслових устремлень. Нарешті, рівень психофізіологічного здоров'я визначається особливостями внутрішньої, нейрофізіологічної організації актів психічної діяльності. Відповідно до цієї моделі вищий рівень особистісного здоров'я надає регулюючий вплив на нижні рівні, що характеризують ступінь адаптації та психофізіологічний стан.

Б. Д. Петраков і Л. Б. Петракова, вказуючи на складність і багатоаспектність визначення психічного здоров'я, на підставі аналізу значного числа таких досліджень роблять висновок, що психічне здоров'я – це динамічний процес психічної діяльності, якому властиві детермінованість психічних явищ, гармонійний взаємозв'язок між відображенням обставин дійсності і ставленням індивіда до неї, адекватність реакцій на оточуючі соціальні, біологічні, психічні і фізичні умови, що забезпечують здатності людини до самоконтролю поведінки, планувати і здійснювати свій життєвий шлях у мікро- і макросоціальному середовищі [36].

За А. Ребером, термін «психічне здоров'я» часто використовується саме для характеристики тієї людини, яка функціонує на високому рівні поведінкового й емоційного регулювання, а не просто тієї, яка не є психічно хворою [40, с. 141].

Андрос М. Є. під поняттям психічного здоров'я особистості розуміє таке функціонування психіки індивіда, яке забезпечує йому гармонійну взаємодію з навколишнім світом [2, с. 64].

У колективній праці за редакцією В. Черниха науковці стверджують, що саме психічне здоров'я є резервом сил людини, завдяки якому вона може перебороти несподівані стреси чи труднощі, що виникають за виняткових обставин [51].

В ряді психологічних робіт психічне здоров'я прирівнюється до переживання психологічного комфорту і психологічного дискомфорту. Відомий український психолог С. Максименко зазначає, що психічне здоров'я – внутрішній психічний стан, який залежить від душевного комфорту, що забезпечує адекватну реакцію і поведінку [18].

На думку Р. Поташнюка, психічне здоров'я – це стан психічної сфери, основу якого становить стан загального душевного комфорту, що забезпечує адекватну психоемоційну і поведінкову реакцію. Такий

стан, вважає науковець, зумовлюється як біологічними, так і соціальними потребами, а також можливостями їх задоволення [37].

Вітчизняні вчені орієнтуються у визначенні здоров'я переважно на адаптаційні моделі. Адаптація супроводжується структурними змінами в організмі й психіці, які сприяють досягненню на новому рівні внутрішньої рівноваги й рівноваги із середовищем.

Психічне здоров'я – інтегральна характеристика повноцінності психологічного функціонування індивіда. Розуміння природи і механізмів підтримки, а також розладів і відновлення психічного здоров'я становить собою істотне значення, бо воно є тісно пов'язаним із загальним уявленням про особистість і механізми її розвитку [46, с. 216].

У психоаналізі уявлення про здоров'я, як таке, взагалі відсутнє; кожна людина виступає як носій того або іншого патосу, потенційної хвороби, та переходу його в нозос – актуальну хворобу, що перешкоджає збалансованому режимові функціонування механізмів психологічного захисту і компенсації в індивідуальній психодинаміці [34].

Для дослідників в рамках бихевіоризма (Б. Скіннер) характерне зведення особистості до її соціального функціонування і до визначення норми або здоров'я через поняття рівноваги з середовищем, з використанням таких критеріїв, як адаптація, стабільність, успішність, продуктивність, конформність. Відхилення поведінки не є наслідком дефекту в самій особистості, вони є результатом прямої дії несприятливих умов довкілля, що регулюють поведінку [15, с. 32].

З розвитком ідей гуманістичної спрямованості була запропонована концепція позитивного психічного здоров'я, в якій робився акцент на специфічно людському способі існування. Представники гуманістичної психології (Д. Гольдштейн, А. Маслоу, Ш Бюллер, К. Роджерс, Дж. Б'юдженталь, В. Франкл) вважають, що розлади нічим не розрізняються між собою ні в принциповому їх розумінні, ні відносно умов виникнення, ні відносно терапії. Вони навіть стверджують, що здоровий і хворий принципово нічим не відрізняються один від одного. Основа цього підходу – образ людини в гуманістичній психології [15, с. 33].

Під психічним здоров'ям ми розуміємо цілісність, гармонійність, функціонування на високому рівні поведінкового, емоційного регулювання та адаптивності [5].

Критерії та складові психічного здоров'я/нездоров'я особистості

Проблема норми психічного здоров'я/нездоров'я багато в чому змикається з проблемою критеріїв психічного здоров'я. У наш час до визначення психічного здоров'я часто пропонується рівневий підхід, однак при визначенні рівнів використовуються різні підстави.

Так, М. С. Роговин ґрунтується на збереженні функцій зовнішньої і внутрішньої регуляції. Б. С. Братусь виділяє як вищий рівень особистісно-сміслового або особистісного здоров'я, рівень індивідуально-психологічного здоров'я – здатність будувати адекватні способи смислових утворень і рівень психофізіологічного здоров'я як особливості нейрофізіологічної організації психічної діяльності [7].

Не вступаючи в полеміку з зазначеними авторами, хочемо відзначити, що вони не представляють цілісного обґрунтування психолого-педагогічних орієнтирів, необхідних для психологічної підтримки.

Згадаймо, що розвиток є незворотнім процесом, що полягає в зміні типу взаємодії з навколишнім середовищем. Ця зміна проходить через всі рівні розвитку психіки і свідомості і полягає в якісно іншій здатності інтегрувати і узагальнювати досвід, отриманий в процесі життєдіяльності.

З цих позицій розуміння норми повинно ґрунтуватися на аналізі взаємодії людини з навколишнім середовищем, що передбачає насамперед гармонію між умінням людини адаптуватися до середовища і умінням адаптувати її відповідно до своїх потреб. Слід особливо відзначити, що співвідношення між пристосованістю і пристосуванням середовища не є простою рівновагою [50].

Вступ людини в доросле життя характеризується початком переважання процесів пристосування до середовища, звільненням від інфантильного бачення світу. І людина, яка досягла зрілості, в змозі підтримувати динамічний баланс між пристосуванням і пристосовуваністю при збереженні акценту на переважання самозміни як передумови зміни зовнішньої ситуації. Виходячи з такого розуміння норми, можна підійти до визначення рівнів психологічного здоров'я.

До вищого рівня психологічного здоров'я – креативного – можна віднести людей зі стійкою адаптацією до середовища, наявністю резерву сил для подолання стресових ситуацій та активним творчим ставленням до дійсності, наявністю творчої позиції. Такі люди не потребують психологічної допомоги.

До середнього рівня – адаптивного – віднесені люди, в цілому адаптовані до соціуму, проте які мають дещо підвищену тривожність. Такі люди можуть бути віднесені до групи ризику, оскільки не мають

запасу міцності психологічного здоров'я і можуть бути включені в групову роботу профілактично-розвивальної спрямованості.

Нижчий рівень – це дезадаптивний, або асимілятивно-акомодативний. До нього можна віднести людей з порушенням балансу процесів асиміляції і акомодативності.

Асимілятивний стиль поведінки характеризується перш за все прагненням людини пристосуватися до зовнішніх обставин на шкоду своїм бажанням і можливостям. Неконструктивність його проявляється в ригідності, в спробах людини повністю відповідати бажанням оточуючих.

Людина, яка обрала акомодативний стиль поведінки, навпаки, використовує активно-наступальну позицію, прагне підпорядкувати оточення до своїх потреб. Неконструктивність такої позиції полягає в негнучкості поведінкових стереотипів, переважанні екстернального локусу контролю, недостатній критичності. Люди, віднесені до даного рівня психологічного здоров'я, потребують індивідуальної психологічної допомоги [21].

ВООЗ сформулювала наступні критерії психічного здоров'я:

- у людини має бути усвідомлення і відчуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного і психічного «Я»;
- почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях;
- критичність до себе і своєї власної психічної діяльності і до її результатів;
- відповідність психічних реакцій силі і частоті середовищних впливів, соціальним обставинам і ситуаціям;
- здатність до самоврядування відповідно до соціальних норм, правил і законів;
- здатність планувати і реалізовувати власне життя;
- здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій і обставин [25].

І. Я. Коцан, Г. В. Ложкін, М. І. Мушкевич, узагальнивши думки психологів-гуманістів [24] визначили основні характеристики психологічного здоров'я таких самоактуалізованих людей, а саме: сприйняття реальності, прийняття себе та інших, спонтанність, концентрація на проблемі, схильність до усамітнення, автономність, свіжість сприйняття, пікові переживання, людська спорідненість, повага до оточуючих, міжособистісні стосунки, етика, почуття гумору, креативність, недосконалість та її визнання, цінності, вирішення протиріч.

А тепер розглянемо деякі з найбільш часто званих в науковій літературі критеріїв здоров'я, розподіливши їх відповідно до видів проявів психічного (процеси, стани, властивості).

З психічних процесів найчастіше згадуються: максимальне наближення суб'єктивних образів до відбиваним об'єктам дійсності (адекватність психічного відображення); адекватне сприйняття самого себе; здатність концентрації уваги на предметі; утримання інформації в пам'яті; здатність до логічної обробки даних; критичність мислення; креативність, управління мисленевим потоком [24].

У сфері психічних станів в їх число зазвичай включають: емоційну стійкість; зрілість почуттів відповідно віку; совладання з негативними емоціями; вільний, природний прояв почуттів та емоцій; здатність радити; збереженість звичного (оптимального) самопочуття [24].

Властивості особистості – це оптимізм, зосередженість, врівноваженість, моральність, адекватний рівень домагань, почуття обов'язку, впевненість у собі, вміння звільнитися від схованих образ (необразливий), несхильність до ліності, незалежність, природність, почуття гумору, доброзичливість, самоповага, адекватна самооцінка, самоконтроль, воля, енергійність, активність, цілеспрямованість.

Серед критеріїв психічного здоров'я особистості особливе значення надається ступеню її інтегрованості, гармонійності, консолідованості, врівноваженості, а також такими складовими її спрямованості, як духовність (доброта, справедливість, духовність і пр.), орієнтація на саморозвиток, збагачення своєї особистості [24].

У своїх дослідженнях науковці також виділяють критерії психічного здоров'я особистості, а саме: відсутність порушення психічних функцій, причинна зумовленість і адекватність психічних явищ, почуття сталості та ідентичності переживань в однакових ситуаціях, максимальна відповідність суб'єктивних образів реальним об'єктам, узгодженість уявлень про об'єктивну реальність у даної людини та у більшості людей, а в інших випадках навідповідності розглядають наявні ті чи інші психічні розлади.

Дослідивши це явище, В. Шапарь до основних критеріїв психічного здоров'я відносить: відповідність суб'єктивних образів відображуваним об'єктам дійсності та характеру реакцій — зовнішнім подразникам, значенню життєвих подій; адекватний віковий рівень зрілості особистісної емоційно-вольової та пізнавальної сфер; адаптивність у мікросоціальних відносинах; здатність особистості до самостійного керування поведінкою, розумного планування життєвих цілей і підтримки активності в їхньому досягненні [51].

Отже, аспекти психічного здоров'я полягають в таких сферах, як:

- 1) відношення до себе;
- 2) відношення до інших;
- 3) відношення до потреб життя.

Разом з поняттям психічного здоров'я виступає поняття психічного нездоров'я. Виділяють такі симптоми психологічного нездоров'я: підвищення показника емоційного збудження, тривожності, нейротизму; зниження комунікабельності, емоційної стійкості, самоконтролю, соціальної сміливості; з'являється почуття неповноцінності у стосунках із оточуючими, в поведінці в цілому – надмірна сором'язливість; зниження успішності, недостатня увага й зосередженість; скарги на погане самопочуття, сон; втрата інтересу до навчання, роботи.

Внаслідок цих проявів розвиваються: порушення поведінки; емоційні розлади різного ступеня (надмірна тривога, страх, агресивність, пригнічений депресивний стан), прояви невротичних симптомів, дезадаптація, дезадаптивні властивості особистості такі як: тривожність, фрустрованість, агресивність та ригідність, нервово-психічна нестійкість, пасивне ставлення до життєвих ситуацій, напруженість, незадоволеність життям загалом (її ходом, процесом самореалізації).

Традиційно показниками нездоров'я, що виділяються, є дезадаптація, конфліктність, суперечливість у системі відносин, зниження активності, пасивність життєвої позиції, залежність від шкідливих звичок, відхід від відповідальності, невротизація, деформація особистості й психосоматичні захворювання. Тому необхідно спеціально говорити про психічне здоров'я індивіда – вільне використання своїх здібностей, переживання задоволеності й щастя, встановлення внутрішньо особистісної рівноваги й функціональної адаптації. Психічне здоров'я виступає як найважливіша умова «ефективного функціонування людини в умовах сучасної культури» [14], «функціонування повністю» [42].

Стан психічного здоров'я людини визначається рівнем психічної рівноваги, органічністю організації психіки та її адаптивними можливостями.

Серед показників психічного здоров'я особливо важливим є емоційне благополуччя. Емоційно благополучна людина здатна до активної діяльності, вона позитивно себе оцінює, легко адаптується до нових умов, здатна підтримувати позитивні стосунки з іншими людьми та піклуватись про них, легко долає життєві стреси, а її негативні переживання минають, як тільки минає ситуація, яка їх викликала. Навпаки, відсутність емоційного благополуччя (емоційне

неблагополуччя) проявляється у пригнічених станах, емоційних розладах (депресія, тривога), пасивності, затримці розвитку, загальній ослабленості організму й частих хворобах, відсутності інтересу до життя [41].

Успішне пристосування, від якого залежить емоційне благополуччя людини, включає декілька рівнів адаптації:

- по-перше, людина має уміти підкорювати себе нормам і правилам соціуму. Якщо людина здатна на це, то у суспільстві її «приймають за свою», вважають нормальною, ставляться позитивно. В результаті і сама людина розвиває в собі позитивне ставлення до себе, що є важливим компонентом психічного здоров'я. Якщо людина нехтує законами суспільства (кидає навчання у школі, не ходить на роботу, краде, або навіть просто не вітається при зустрічі), то часто вона опиняється в ізоляції від інших людей, або в ситуації, коли вона не може позитивно самореалізуватися (стати тим, ким вона хоче). Все це негативно впливає на самооцінку і в цілому на задоволеність життям;

- по-друге, людина має вміти витримувати тиск постійних змін, таких як політичні та економічні кризи, розлучення батьків, початок навчання у школі, вступ до шлюбних стосунків, серйозне спортивне змагання. Ці зміни часто спричиняють негативне психічне напруження або стрес. Хронічний (постійний) стрес в свою чергу може стати пусковим механізмом різноманітних порушень психічного і фізичного здоров'я;

- по-третє, людина має уміти встановлювати і підтримувати стосунки з іншими людьми. Від успішного пристосування до оточуючих часто залежить як емоційний, так і матеріальний добробут [41].

Аномалії в психіці особистості найбільш чітко виражаються у проявах дисгармонії, утраті рівноваги із соціальним оточенням, в порушенні процесів соціальної адаптації. Цей критерій органічно пов'язаний із двома іншими: органічністю організації психіки та її адаптивними можливостями.

Побудова моделі соціально-психологічної адаптації як показника психічного здоров'я особистості, більш загального, інтегративного типу А. А. Реан пов'язує з виділенням критеріїв соціальної адаптації особистості внутрішнього і зовнішнього плану, а також з відходом від простої дихотомії «адаптація - дезадаптація» і зі створенням більш диференційованої типології [53].

Внутрішній критерій, пов'язаний з психоемоційною стабільністю, особистісною комфортністю, станом задоволеності, відсутністю відчуття загрози, депресії, високим рівнем саморегуляції.

Зовнішній критерій відображає відповідність реальної поведінки особистості установкам суспільства, вимогам середовища, прийнятим в соціумі правилам і критеріям нормативної поведінки. Деадаптація за зовнішнім критерієм проявляється як конфліктна, асоціальна, делинквентна (крайній випадок – кримінальна) поведінка [53].

Одна із спроб такого вирішення проблеми полягає в тому, що в структурі соціальної адаптації особистості виділяються наступні компоненти (вони ж критерії адаптованості):

- вихідні параметри діяльності особистості,
- ступінь реалізації особистісного потенціалу,
- емоційне самопочуття.

Так, відповідно до класифікації А. Н. Жмирікова за критеріями вихідних параметрів діяльності, ступеня інтеграції особистості з мікро- і макросередовищем, ступеня реалізації особистісного потенціалу та емоційного фону самопочуття обґрунтовується чотирьохградациянна шкала результатів адаптації:

- високо-надлишкова;
- високо-оптимальна;
- низька;
- дезадаптивна.

У групі високо-оптимального рівня виділений фактор «соціальної орієнтації», а також фактор «професійної спрямованості».

У групі високо-надлишкового рівня, крім вказаних, виділився фактор емоційності (емоційна лабільність, тривога, чутливість).

У групі низького рівня адаптованості виділився фактор емоційності, ригідності і фактор комунікативного досвіду, який є провідним.

У групі дезадаптивного рівня виділені три фактори: тривожності, ригідності та емоційності [17].

Серед безлічі факторів, що визначають психічне здоров'я, велику роль відіграє психічна стійкість до стресових ситуацій. Високий рівень психічної стійкості до стресів є запорукою збереження, розвитку і зміцнення здоров'я і професійного довголіття особистості [27].

Формування стресостійкості є запорукою психічного здоров'я людей і неодмінною умовою соціальної стабільності, прогнозованості процесів, що відбуваються в суспільстві. Наростаючі навантаження, в тому числі психічні, на нервову систему і психіку сучасної людини призводить до формування емоційної напруги, яка виступає одним з головних чинників розвитку різних захворювань. Шлях до психічного здоров'я – це шлях до інтегральної особистості, яка не розривається зсередини конфліктами мотивів, сумнівів, невпевненістю в собі. На

цьому шляху важливо пізнавати особливості своєї психіки, що дозволить не тільки попереджувати виникнення хвороб, зміцнювати здоров'я, але й удосконалювати самих себе і свою взаємодію з зовнішнім світом [28].

При розгляді проблеми психічного здоров'я, увагу багатьох вчених-психологів привертає емоційна нестійкість особистості. Розгляд емоційної нестійкості особистості неможливий без урахування інертності нервових процесів, що проявляються в нестійкості при повторюваності стереотипних і емоційних реакцій, які мимоволі виникають. Умовою, що нівелює мимовільні емоційні реакції, є посилення або ослаблення регулюючої ролі кори головного мозку, її впливу на підкіркові механізми рухових і секреторних реакцій, які здійснюються через другу сигнальну систему. Для досягнення подібного стану за допомогою зміни змісту побаченого створюються негативні уявлення, що впливають на рухові і емоційні реакції людини. Тому вирішальну роль в довільному управлінні людиною своїми діями, вчинками в цьому випадку грає достатнє усвідомлення цілей і наявність особливих мотивів дії, що спонукає суб'єкта мобілізувати всі свої сили на подолання будь-яких труднощів.

Особливої уваги серед ознак психічного здоров'я заслуговує критерій психічної рівноваги. За його допомогою можна судити про характер функціонування психічної сфери людини з різних боків (пізнавального, емоційного, вольового).

Від ступеня вираженості психічної рівноваги залежить врівноваженість людини з об'єктивними умовами, її пристосованість до них. Врівноваженість людини та адекватність її реакції на зовнішній вплив мають велике значення у розмежуванні норми та патології — тільки у психічно здорової, тобто врівноваженої людини постерігаються такі прояви:

1. Відносної стійкості поведінки та адекватності її зовнішнім умовам.
2. Високої індивідуальної пристосованості організму до звичних коливань зовнішнього середовища.
3. Здатності підтримувати звичне комфортне самопочуття [22].

Психічне здоров'я людини тісно пов'язане із наявністю і збереженням психічної стійкості. Стійкість охороняє особистість від дезінтеграції і особистісних розладів, створює основу для внутрішньої гармонії, забезпечує реалізацію фізичних і психічних потенцій людини. До складових психічного здоров'я відносяться: здатність до особистісного зростання з адекватним розв'язанням внутрішньо

особистісних конфліктів; відносну стабільність емоційного стану і сприятливого настрою; розвинене вольове регулювання.

Стійкість до подолання труднощів, упевненість в собі, своїх можливостях, досконалість психічного саморегулювання, постійний високий рівень настрою – це невід’ємні складові психічного здоров’я.

Такий дезадаптивний стан як стабільність (ригідність), та протилежний йому – мінливість (флексибільність) особистості мають подвійну природу і також визначають стан психічного здоров’я особистості. Стабільність, з одного боку, постає як послідовність поведінки, цілеспрямованість дій і збереження психіки в мінливих обставинах, з іншого боку, може поставати як ригідність, тугорухливість психічних систем в обставинах, що вимагають гнучкості і пластичності поведінки. Також і мінливість має амбівалентну природу, може сприяти вдосконаленню особистості, визначаючи її динаміку, але може вести особистість до розпаду, до «хаосу» [27; 28].

Основними критеріями психічного здоров’я особистості виступають також переважаючі настрої та психічні стани. Настрій людини може бути позитивним, що виявляється у її бадьорості й високому тонусі, та негативним, який пригнічує, демобілізує, спричиняє пасивність особистості. Настрій – такий загальний емоційний стан, який не спрямований на щось конкретне, але у сукупності с такими характеристиками як активність особистості та її самопочуття можуть дати якісну характеристику психічному здоров’ю особистості.

До критеріїв психічного нездоров’я особистості також відносяться невротичні розлади. Невротичні розлади - це такі розлади, які характеризуються емоційною нестійкістю, тривогою, низькою самоповагою, вегетативними розладами. Ознаками невротичного розладу є надмірна чутливість, нервовість, відчуття тривоги, небезпеки, дратливість, вразливість тощо. Загальною клінічною картиною невротичних розладів є: симптоми вегетативного спектру, симптоми депресивного спектру, симптоми тривожного спектру [45].

Феномен психічного здоров’я у студентському середовищі психологів

Студентський вік, за твердженням Б. Г. Ананьєва, є сенситивним періодом для розвитку основних соціогенних потенцій людини. Вища освіта робить величезний вплив на психіку людини, розвиток її особистості. За час навчання у закладі вищої освіти (ЗВО), у студентів відбувається розвиток всіх рівнів та складових психіки. Вони визначають спрямованість інтелекту людини, тобто формують склад мислення, який характеризує професійну компетентність особистості. Для успішного навчання у ЗВО необхідний досить високий рівень

загального інтелектуального розвитку, зокрема сприйняття, уявлення, пам'яті, мислення, уваги, ерудованості, широти пізнавальних інтересів, рівня володіння певним колом логічних операцій і т. д. При деякому зниженні цього рівня можлива компенсація за рахунок підвищеної мотивації або високої працездатності, старанності, ретельності і акуратності у навчальній діяльності [20].

Студентський вік характеризується різноманітним емоційним переживанням, що відбиваються у стилі життя, виключає турботу про власне здоров'я, оскільки така орієнтація традиційно притаманна старшому поколінню та оцінюється молоддю як «неприваблива і нудна». У зв'язку з викладеним, основними факторами погіршення психічного здоров'я студентства є:

- перехідний віковий період як чинник, який визначає психічне здоров'я людини. Час навчання у ВНЗ припадає на другий період юності, чи перший період зрілості (17-23 роки). Зазначимо, що перехідний, маргінальний характер соціального становища та статусу вказаного вікового періоду визначає також характерні психічні особливості юнацтва [47].

Основою самовизначення є потреба зайняти внутрішню позицію дорослого, усвідомити себе членом суспільства, тобто зрозуміти себе, свої можливості, своє місце й призначення в житті. Зі вступом до вищого навчального закладу різко змінюються об'єктивні чинники впливу на особистість:

- соціальне середовище та коло спілкування,
- побутові умови (мешкання в гуртожитку, необхідність планування власного бюджету та ін.)
- процес недостатньої ідентифікації молодої людини зі студентським середовищем, сприйняття його як чужого, інколи навіть ворожого.

Особливо ця ситуація актуальна для студентів-першокурсників і, передусім, для студентів, котрі народилися в сільській місцевості, в інших містах, які вперше зіткнулися з новими, відмінними від шкільних, вимогами, є відірваними від родини та друзів. Цьому контингенту студентів необхідно адаптуватися не тільки до нових умов студентського середовища, а ще й пережити складний процес адаптації до нових умов життя; тривала дія негативних емоцій, як генератор негативної психоенергії. Відсутність духовного (духовна деривація) і позитивного емоційного навантаження (емоційна депривація) зумовлює поступове збільшення негативного потенціалу, який сформувався внаслідок дії негативних емоцій (через конфлікти, сварки, розчарування, страхи, невдачі, бездуховність, негативізм, утрату

близьких, несправедливість, відсутність перспективи, незадоволення своїм становищем у суспільстві тощо). Цей негативний потенціал спричиняє психічні розлади, депресивні стани, нервові зриви та ін., що знижує психічне здоров'я людини [47].

Визначені соціально-психологічні фактори, пов'язані з періодом навчання у ВНЗ, обумовлюють адаптаційні труднощі студентів, які супроводжуються негативними емоційними переживаннями, що впливає на стан психічного здоров'я студентів.

В результаті численних досліджень (В. А. Ликова, Л. С. Гармаш, Н. І. Коцур [25]) було встановлено чинники, що впливають на психологічне здоров'я молоді, яка навчається в установах системи освіти. Отже, головними складовими, детермінуючими особливості і величину навантаження, яке впливає на психологічне здоров'я сучасної студентської молоді, є:

- інформаційна складова – новітні види комунікативного зв'язку (радіо, телебачення, Internet, мобільний зв'язок);
- ситуативна складова – стрес, фрустрація, конфлікт, криза;
- особистісна складова – емоційна роздратованість, образливість, чутливість, невпевненість у собі, вимогливість до себе, сором'язливість.

Разом з тим, середовище ЗВО характеризується низкою особливостей, які мають істотний вплив на психологічне здоров'я студента. До них, зокрема, можна віднести: проблеми адаптації до спільноти ЗВО; професійне самовизначення; значне інтелектуальне навантаження; психоемоційне напруження; низька рухова активність; проблеми міжособистісних відносин; недостатній досвід самостійної діяльності; невміння раціонально організувати свій час.

Навчання і дорослішання студента супроводжується рядом специфічних особливостей, які в сукупності можуть виявитися потужним фактором ризику для психологічного здоров'я студентів.

Збільшення повсякденних фізичних та психологічних навантажень у студентів під час навчально-пізнавальної діяльності, загострення почуття страху, невпевненості, розгубленості та розчарування — негативно позначається на їхньому здоров'ї загалом і на психічному здоров'ї зокрема.

Порушення психологічного здоров'я залежить також від того, як сприймає особистість студента колектив, у якому він працює чи навчається, від особистісних успіхів у тій діяльності, яку виконує. Як наслідок порушення психологічної рівноваги, що відчувають студенти, викладачі чи співробітники в стресових ситуаціях є порушення емоційної сфери, тривожність, агресивність, невротичні прояви тощо.

М. Кіцроу, стверджує, що останніми роками в університетах США спостерігають помітне збільшення як числа студентів із серйозними психологічними проблемами, так і кількості студентів, котрі шукають психологічної допомоги [9].

Результати лонгітюдного дослідження С. Бентон і співавторів показали, що студенти, котрі отримували послуги психологічного консультування при університетах, в останні роки, порівняно зі студентами попередніх років, часто мають більш ускладнені проблеми, що включають в себе як типові для студентської молоді (наприклад, труднощі у міжособистісних стосунках та проблеми перехідного періоду), так і більш серйозні проблеми (наприклад, тривога, депресія, суїцидальні думки, розлади особистості) [9].

В даний час спостерігається великий попит на фахівців – психологів. Але підготовка такого фахівця головним чином є інформаційною. Професіоналізм особистості передбачає об'єктивність психолога при сприйнятті та аналізі складних життєвих ситуацій; вміння визначити коло доступних йому завдань; готовність застосувати свій професійний досвід у відповідності з новими обставинами, ситуаціями. Зазначене є можливим у разі ефективного включення в процес професійної підготовки внутрішньої активності майбутніх фахівців в області психології. Це передбачає створення в рамках навчальної програми відповідних умов для самопізнання, саморозвитку, самовдосконалення та самореалізації особистості студента.

Оскільки в роботі психолога важливою є зрілість його особистості, то психологічне здоров'я тісно пов'язане з його ефективністю в професії. Тому необхідно вивчати фактори, які впливають на психологічне здоров'я психологів.

Необхідність досліджень психологічного здоров'я студентів визначається наявністю таких чинників, що впливають на стан їх психологічного здоров'я, як ситуації іспитів, періоди соціальної адаптації, необхідність особистісного самовизначення в майбутньому професійному середовищі та ін. Емоційні стани, що переживаються під час навчання, та їх наслідки складають серйозну загрозу психологічному здоров'ю студентів.

Професійна діяльність психолога вимагає від фахівця певного набору особистісних якостей, умінь. Н. Н. Обозов описав наступні професійно важливі якості практичного психолога: товариськість, контактність, динамічність і гнучкість поведінки, емоційна стриманість і терпимість, професійний такт, вміння тримати свою лінію поведінки тощо [1].

Майбутній психолог – це майбутній фахівець, професіонал. Підготовка професіонала ґрунтується на засвоєнні знань, конкретних умінь, освоєнні конкретних поведінкових зразків та професійних технік. Професія психолога включає в себе різноманітні знання про людину, природу, механізми поведінки. Кваліфікований фахівець-психолог – це людина досить високої загальної культури, психічно стійка, урівноважена, адаптована до оточуючого середовища, активна, з переважаючими гарними настроями, з відсутністю невротичних та тривожних проявів.

Виходячи з цього, психічне здоров'я є умовою успішного пристосування до нових соціальних умов, зокрема навчальних. Тому, велику роль відіграє успішна адаптація студентів-психологів до умов навчально-професійної діяльності у вищому навчальному закладі і вимог майбутньої професійної діяльності, які не лише слугують ознакою психічного здоров'я і показником зрілості особистості, але і є гарантом подальшого повноцінного професійного та особистісного зростання фахівця.

В. В. Лагерев визначає адаптацію студентів до навчання у ЗВО як «інтенсивний і динамічний, багатосторонній і комплексний процес життєдіяльності, в ході якого індивід на основі відповідних і пристосувальних реакцій виробляє стійкі навички задоволення тих вимог, які пред'являються до нього в ході навчання і виховання у вищій школі».

Зміст процесу адаптації до навчання у ЗВО включає соціально-психологічну, психологічну і діяльнісну складову. Соціально-психологічна складова відображає зміну соціальної ролі студента, коригування потреб і системи цінностей, необхідність більш гнучкої регуляції своєї поведінки, засвоєння норм і традицій, що склалися у вищій школі. Психологічна складова відображає перебудову мислення і мови студента, різке зростання функції уваги, пам'яті, збільшення емоційного напруження, формування особистості. Діяльнісна – відображає пристосування студентів до нових психофізіологічних навантажень, приєднання до напруженої навчальної діяльності, подолання своєрідного «інформаційного» зриву, суперечність між особистими інтересами і необхідністю, яка пов'язана з недостатньою соціальною установкою [35].

Висока адаптованість особистості, яка є одним з найважливіших ознак психічного здоров'я студента-психолога, пов'язана з відсутністю таких характерологічних рис, як тривожність, нейротизм, ригідність тощо.

До психологічних факторів адаптації відносяться індивідуально-психологічні особливості, психоемоційні стани студентів, наявність внутрішньо особистісних і міжособистісних конфліктів, які призводять до підвищення рівня суїцидального ризику [35].

Психологічне здоров'я студентів-психологів залежить від педагогічних та психологічних чинників. До педагогічних чинників можна віднести: умови навчання; умови проживання; організацію навчальної діяльності; відсутність індивідуального підходу з боку викладачів; навчальне навантаження.

До психологічних чинників належать: нездатність особистості контролювати власні емоційні стани; низький рівень стійкості до стресових ситуацій; схильність до конфліктів; невпевненість особистості у собі; занижена самооцінка; недостатня комунікабельність; недовірливість [35].

Досліджуючи зміни психічного здоров'я, С. Саарі звертає увагу на той факт, що у студентів вони обумовлені зовнішніми стресовими факторами, а саме: зміною умов життя та самооцінкою особистості. Науковець стверджує, що самооцінка відіграє опосередковану роль у відбитті життєвих змін через посилення почуття компетентності і переживання стресу [44].

Переживання стресу і його наслідки становлять особливу загрозу для психічного здоров'я студента-психолога. Особистісні ресурси в юнацькому віці здаються невичерпними, а оптимізм щодо власного здоров'я переважає над турботою про нього.

Тривалий стрес може призводити до фрустрації особистості (лат. Frustratio – марне сподівання, невдача, обман). Свідченням її є негативний емоційний стан, що супроводжується усвідомленням неможливості досягти поставленої мети. Виникає фрустрація, коли на шляху до поставленої мети людина зустрічає реально нездоланні перешкоди або сприймає їх такими. Рівень фрустрації залежить від сили і інтенсивності її причини, функціонального стану людини, а також її досвіду емоційного реагування на життєві труднощі. Як, правило, фрустрація супроводжується широкою гамою негативних емоцій: страхом, розлюченістю, гнівом, роздратуванням, сумом, почуттям провини тощо. Іноді фрустрацію розглядають як одну з форм психологічного стресу [52].

Психічне здоров'я студентів-психологів тісно пов'язане із наявністю і збереженням психічної стійкості. Стійкість охороняє особистість від дезінтеграції і особистісних розладів, створює основу для внутрішньої гармонії, забезпечує реалізацію фізичних і психічних потенцій людини.

Психолог повинен бути здатен до особистісного зростання, розвивати відносну стабільність емоційного стану і сприятливого настрою, вольове регулювання.

Стійкість до подолання труднощів, упевненість в собі, своїх можливостях, досконалість психічного саморегулювання, постійний високий рівень настрою – це невід’ємні складові психічного здоров’я психолога

Виходячи з цього, критеріями психічного здоров’я студентів, а особливо студентів такої професійної групи як психологи можна вважати: адекватний рівень пізнавальної, емоційно-почуттєвої та вольової сфер; здатність керувати своєю поведінкою; обирати життєві шляхи та планувати їхнє досягнення; здатність адаптуватися у соціальних відносинах; уміння отримувати задоволення від діяльності, особистого й суспільного життя; відповідність суб’єктивних образів об’єктам, що їх відображають; адекватний характер реакції на зовнішні подразники.

Ознаками психічного здоров’я студентів-психологів є їхня активність, життєрадісність, спостережливість, адаптованість до умов навчальної діяльності у ЗВО, низька тривожність, емоційна та нервово-психічна стабільність, відсутність невротичних розладів.

Для проведення емпіричного дослідження стану психічного здоров’я студентів, його компонентів та динаміки були відібрані наступні психодіагностичні методика: опитувальник соціально-психологічної адаптації К. Роджерса, Р. Даймонд; шкала особистісної та реактивної тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна; опитувальник самооцінки психічних станів Айзенка; методика домінуючого психічного стану Л. В. Кулікова; клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів К. К. Яхіна, Д. М. Менделевича; методика САН: самопочуття, активність, настрої; методика «Прогноз» (НПУ).

Також вивчалися результати діяльності студентів, контент-аналіз результатів навчання. Використовувались методи спостереження та бесіди.

Загальна вибірка студентів була поділена на 2 групи. I групу склали студенти-психологи 1-2 курсів (молодші курси) – 40 чоловік у віці від 17 до 19 років, II групу склали студенти психологи 3-4 курсів (старші курси) – 42 людини, у віці від 20 до 23 років.

Математична обробка даних. Обробка отриманих даних проводилася за допомогою комп’ютерної програми SPSS 16.0 (Статистичний пакет для соціальних наук), яка є найбільш поширеним і зручним інструментом статистичного аналізу. Дана програма надає

широкі можливості по статистичній обробці емпіричних даних психологічного дослідження, з формування баз даних, за їх модифікації, у міру необхідності, а також по створенню так званих звітів, надаючи широкі можливості за поданням результатів статистичної обробки в текстовій, табличній і графічній формах (діаграми, гістограми і т.п.).

Аналіз емпіричних даних містить в собі наступні основні практичні прийоми: підрахунок середнього значення по вибіркам, квадратного відхилення та відхилення від середнього і складання статистичної таблиці; перевірка значущості зв'язку за допомогою Т-критерію Ст'юдента для незалежних вибірок.

Результати емпіричного дослідження психологічного здоров'я студентів-психологів щодо його компонентів та динаміки свідчить про те, що воно знаходиться на досить високому або достатньому рівні та статистично значущих змін досліджуваних I та II групи встановлено не було. Про це свідчить переважно високий у молодших та переважно середній у старших рівень соціально-психологічної та загальної адаптованості студентів.

Дослідження особистісної та реактивної тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна свідчить про високий рівень особистісної тривожності в обох групах досліджуваних; низький рівень реактивної тривожності у молодших та середній її рівень у старших студентів.

Аналіз результатів дослідження за методикою самооцінки психічних станів Айзенка встановив середній рівень показників фрустрації, агресивності та ригідності в обох групах досліджуваних, але були встановлені статистично значущі відмінності ригідності, яка була представлена більш високим значенням у студентів старших курсів.

Дослідження за методикою САН самопочуття, активності та настрою виявило їх сприятливий стан в обох групах студентів, але в групі старших курсів існують значущі відмінності в рівнях настрою з його більш низькими показниками.

Аналіз результатів дослідження за методикою виявлення рівня нервово-психічної стійкості встановив її сприятливий стан без достовірно значущої різниці у студентів молодших та старших курсів.

Результати дослідження за методикою виявлення домінуючих невротичних станів свідчать про те, що учасники дослідження I та II групи демонструють показники здоров'я за шкалами тривоги, невротичної депресії, астенії, істеричного реагування, обсесивно-фобічних та вегетативних порушень. Статистично значущі відмінності в показниках за шкалами тривоги, невротичної депресії, астенії, обсесивно-фобічних порушень були вищими у студентів II групи.

Студенти-психологи молодших курсів характеризуються меншою тенденцією до зниженого настрою, туги, почуття безрадісності, меншим проявом ознак підвищеної стомлюваності, слабкості, менш схильні до немотивованих побоювань через незначні причини, ніж студенти-психологи старших курсів. Але студенти-психологи молодших курсів характеризуються більшим проявом емоціональної нестійкості, переживанням внутрішнього неспокою і заклопотаності, ніж студенти-психологи старших курсів.

Аналіз результатів за методикою виявлення домінуючих психічних станів дозволяє констатувати наступне:

- вибірка психологів молодших курсів характеризується переважно середніми рівнями за шкалою активності, бадьорості, тону, розкутості, високими рівнями за шкалою спокою, середніми рівнями за шкалою стійкості емоційного тону, задоволеності життям. Вибірка психологів старших курсів характеризується переважно низькими рівнями за шкалою активності, середніми рівнями за шкалою бадьорості, тону, розкутості, спокою, стійкості емоційного тону, задоволеності життям.

Існують значущі відмінності в показниках за шкалами спокою-тривоги, стійкості-нестійкості емоційного тону, задоволеності-незадоволеності життям студентів-психологів молодших та старших курсів. Це означає, студенти-психологи молодших курсів менш схильні до тривожності через незначні причини, більш емоційно стійкі та більш задоволені життям, ніж студенти-психологи старших курсів.

Таким чином, за результатами дослідження психологічних компонентів психічного здоров'я студентів-психологів молодших та старших курсів ми можемо зробити наступні висновки:

1. Термін «психічне здоров'я» був введений ВООЗ, яка характеризує психічне здоров'я, як: стан благополуччя, при якому людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно і плідно працювати, а також вносити внесок в життя своєї спільноти. У цьому позитивному сенсі психічне здоров'я є основою благополуччя і ефективного функціонування для людини і для спільноти. Це основне поняття психічного здоров'я відповідає його широким і різноманітним інтерпретаціям у різних культурах.

Найбільш цілісна і, в той же час, диференційована модель психічного здоров'я представлена Б. С. Братусем, який зробив спробу систематизації уявлень про психічне здоров'я, взявши за основу структуру особистості. Він виділив три рівні цієї структури, кожному з яких поставив у відповідність своє розуміння психічного здоров'я.

Вищий рівень психічного здоров'я – особистісно-смысловий, або рівень особистісного здоров'я. Наступний рівень – рівень індивідуально-психологічного здоров'я, оцінка якого залежить від здібностей людини побудувати адекватні способи реалізації смыслових устремлінь. Нарешті, рівень психофізіологічного здоров'я визначається особливостями внутрішньої, нейрофізіологічної організації актів психічної діяльності. Відповідно до цієї моделі вищий рівень особистісного здоров'я надає регулюючий вплив на нижні рівні, що характеризують ступінь адаптації та психофізіологічний стан.

Вітчизняні вчені орієнтуються у визначенні здоров'я переважно на адаптаційні моделі. Адаптація супроводжується структурними змінами в організмі й психіці, які сприяють досягненню на новому рівні внутрішньої рівноваги й рівноваги із середовищем. Під психічним здоров'ям ми розуміємо цілісність, гармонійність, функціонування на високому рівні поведінкового, емоційного регулювання та адаптивності.

2. ВООЗ сформулювала наступні критерії психічного здоров'я: у людини має бути усвідомлення і відчуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного і психічного «Я»; почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях; критичність до себе і своєї власної психічної діяльності і до її результатів; відповідність психічних реакцій силі і частоті середовищних впливів, соціальним обставинам і ситуаціям; здатність до самоврядування відповідно до соціальних норм, правил і законів; здатність планувати і реалізовувати власне життя; здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій і обставин.

Виділяються також з найбільш часто званих в літературі критеріїв здоров'я, відповідно до видів прояви психічного (процеси, стани, властивості). З психічних процесів частіше згадуються: максимальне наближення суб'єктивних образів об'єктів дійсності, що відображаються (адекватність психічного відображення); адекватне сприйняття самого себе; здатність концентрації уваги на предметі; утримання інформації в пам'яті; здатність до логічної обробки даних; критичність мислення; креативність, управління мисленевим потоком. У сфері психічних станів в їх число зазвичай включають: емоційну стійкість; зрілість почуттів відповідно віку; совладання з негативними емоціями; вільний, природний прояв почуттів та емоцій; здатність радіти; збереженість звичного (оптимального) самопочуття. Властивості особистості – це оптимізм, зосередженість, врівноваженість, моральність, адекватний рівень домагання, почуття обов'язку, впевненість у собі, вміння звільнитися від прихованих образ (необразливий), не схильність до ліності, незалежність, природність,

почуття гумору, доброзичливість, самоповага, адекватна самооцінка, самоконтроль, воля, енергійність, активність, цілеспрямованість.

Традиційно виділеними показниками нездоров'я є дезадаптація, конфліктність, суперечливість у системі відносин, зниження активності, пасивність життєвої позиції, залежність від шкідливих звичок, відхід від відповідальності, невротизація, деформація особистості й психосоматичні захворювання. Тому необхідно спеціально виділяти психічне здоров'я індивіда – вільне використання своїх здібностей, переживання задоволеності й щастя, встановлення внутрішньо особистісної рівноваги й функціональної адаптації. Стан психічного здоров'я людини визначається рівнем психічної рівноваги, органічністю організації психіки та її адаптивними можливостями.

3. В даний час спостерігається великий попит на фахівців – психологів, але підготовка такого фахівця головним чином є інформаційною. Професіоналізм особистості передбачає об'єктивність психолога при сприйнятті та аналізі складних життєвих ситуацій; вміння визначити коло доступних йому завдань; готовність застосувати свій професійний досвід у відповідності з новими обставинами, ситуаціями. Оскільки в роботі психолога важливою є зрілість його особистості, то психологічне здоров'я тісно пов'язане з його ефективністю в професії. Тому необхідно вивчати фактори, які впливають на психологічне здоров'я психологів. Професійна діяльність психолога вимагає від фахівця певного набору особистісних якостей, умінь.

До професійно важливих якостей практичного психолога відносять: товариськість, контактність, динамічність і гнучкість поведінки, емоційна стриманість і терпимість, професійний такт, вміння тримати свою лінію поведінки тощо. Майбутній психолог – це майбутній фахівець, професіонал. Підготовка професіонала ґрунтується на засвоєнні знань, конкретних умінь, освоєнні конкретних поведінкових зразків. Професія психолога включає в себе різноманітні знання про людину, природу, механізми поведінки. Кваліфікований фахівець-психолог – це людина досить високої загальної культури, психічно стійка, урівноважена, адаптована до оточуючого середовища, активна, з переважаючим гарним настроєм, з відсутністю невротичних та тривожних проявів.

Виходячи з цього, критеріями психічного здоров'я студентів, а особливо студентів такої професійної групи як психологи, можна вважати адекватний рівень пізнавальної, емоційно-почуттєвої та вольової сфер, здатність керувати своєю поведінкою, обирати життєві шляхи та планувати їхнє досягнення; здатність адаптуватися у

соціальних відносинах; уміння отримувати задоволення від діяльності, особистого й суспільного життя; відповідність суб'єктивних образів об'єктам, що їх відображають, адекватний характер реакції на зовнішні подразники.

Ознаками психічного здоров'я студентів-психологів, яке відповідає досить високому рівню, є їхня активність, життєрадісність, спостережливість, адаптованість до умов навчальної діяльності у вищому навчальному закладі, низька тривожність, емоційна та нервово-психічна стабільність, відсутність невротичних розладів.

Список використаних джерел:

1. Амінов І. А., Молоканів М. В. Про компоненти спеціальних здібностей майбутніх психологів. *Психологічні дослідження*. 2012. №5. С. 104-109.
2. Андрос М. Є. Психічне здоров'я особистості: психологічне консультування керівників шкіл. *Освіта і управління*. Том 2. 1998. С.64.
3. Андрух П. Г. Этиология, нейрохимия и клиника современных форм тревожно-депрессивных расстройств. *Мед. исследования*. 2001. Т.1. Вып. 1. С. 109-110.
4. Бачериков Н. Е., Петленко В. П., Щербина Е. А. Философские вопросы психиатрии. Киев : Здоров'я, 1985. 192 с.
5. Большой толковый психологический словарь; пер. с англ. / Ребер Артур. ООО «Издательство АСТ»; «Издательство «Вече», 2003. 560 с.
6. Братусь Б. С. Аномалии личности Москва : Мысль, 1988. 301 с.
7. Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии. *Вопросы психологии*. 1997. №5. С. 3-20.
8. Васильева О. С., Філатов Ф. Р. Психологія здоров'я людини: еталони, уявлення, установки. Москва : Видавничий центр «Академія», 2001. 352 с.
9. Вишньовський В. В. Готовність студентів ВНЗ до отримання психологічної допомоги. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія*. 2015. Том. X. Вип. 27. С. 45-56.
10. Вирхов Р. О целительных силах организма / Рудольф Вирхов; пер. с нем. Круковского. Санкт-Петербург : И. Юровский, 1896. 32 с.
11. Гончаренко Н. В. Навчальне середовище як чинник збереження психічного здоров'я студентської молоді. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України ; за ред. С. Д. Максименка. Київ, 2012. Т. X, вип. 23. С. 99–108.
12. Гончаренко Н. В. Навчальний стрес як чинник психічного здоров'я студентської молоді. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України ; за ред. С. Д. Максименка. Київ, 2012. Т. XIV, ч. 6. С. 89–96.

13. Гончаренко Н. В. Теоретичні основи збереження психічного здоров'я особистості. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України ; за ред. С. Д. Максименка. Київ, 2012. Т. XIV, ч. 4. С. 44–56.
14. Даниленко О. И. Индивидуальность в контексте культуры: психология душевного здоровья. СПб. : Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2008. 193с.
15. Демина Л. Д., Ральникова И. А. Психическое здоровье и защитные механизмы личности. Алтай : Изд-во Алтайского государственного университета, 2000. 123с.
16. Еникеев М. И. Психологический энциклопедический словарь. Москва : Проспект, 2006. 560 с.
17. Жмыриков А. Н. Диагностика социально-психологической адаптированности личности в новых условиях деятельности и общения : автореф. дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.01 : Общая психология, история психологии. Киев, 1989. 15 с.
18. Загальна психологія : підруч. ; за ред. С. Д. Максименка. 2-ге вид., переробл. і доп. Вінниця : Нова Книга, 2004. 704 с.
19. Зотова Л. М. Фактори душевного здоров'я студентів. *Вісник Харківського національного педагогічного університету. Психологія*. 2010. №33. С. 119-127.
20. Кон И. С. Психология ранней юности. Москва : Просвещение, 1989. 252 с.
21. Коновальчук В. І. Взаємозв'язок творчого розвитку і психологічного здоров'я особистості : зб. МАН. Вип. 3 URL : http://oipopp.ed-sp.net/public/oipopp/repository/metod/1670_1_kcl_0.pdf
22. Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах. Київ : Ніка-Центр, 2006. 580с.
23. Корсаков С. С. Курс психиатрии. Москва : Типо-литография В. Рихтера, 1901. 692 с.
24. Коцан І. Я. Психологія здоров'я людини. Луцьк : Вид-во Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. 430 с.
25. Коцур Н. І. Психогігієна. Чернівці: Книжки-XXI, 2005. 179 с.
26. Краткий психологический словарь ; под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. Ростов-на-Дону : Педагогика-Пресс, 1998. 512 с.
27. Крупник Е. П. Психологическая устойчивость личности как условие преодоления противоречий в критических ситуациях. *Вестник Российского гуманитарного научного фонда*. 2003. № 4. С. 128–138.
28. Крупник Е. П., Лебедева Е. Н. Психологическая устойчивость личностных конструктов в период взрослости. *Психологический журнал*. 2000. № 6. С. 12–23.
29. Куликов Л. В. Здоровье и субъективное благополучие личности. *Психология здоровья*. СПб: Изд-во СПбГУ, 2000. С. 405–442.

30. Куликов Л. В. Психология настроения. СПб. : Изд-во СПбГУ, 1997. 234 с.
31. Куликов Л. В. Психогигиена личности. СПб. : Питер, 2004. 464 с.
32. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. Москва : Медицина, 1984. 272 с.
33. Никифоров Г. С. Психология здоровья. СПб. : Речь, 2002. 256 с.
34. Первомайский В. Б. Карагодина Е. Г., Илейко В. Р., Козерцкая Е. А. Категории болезни, здоровья, нормы, патологии в психиатрии: концепции и критерии разграничения. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. 2003. № 1. С. 14-27.
35. Періг І. Психічне здоров'я студентів як фактор адаптації до навчання у ВНЗ. *Український науковий журнал «ОСВІТА РЕГІОНУ»*. 2013. №3. URL : <http://social-science.com.ua/article/573>
36. Петраков Б. Д., Петракова Л. Б. Психическое здоровье народов мира в XX веке. *Медицина и здравоохранение*. Москва, 1984. 69 с.
37. Поташнюк Р. З. Психогігієна. Луцьк : Надстрія, 2000. 62 с.
38. Простаков М. Ю. Степень научной разработанности и перспективы исследования проблемы психологической устойчивости. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. Том VII. Екологічна психологія. Вип. 27. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2011. 550 с.
39. Реан А. А., Баранов А. А. Психология адаптации личности. СПб. : Прайм-Єврознак, 2006. 476с.
40. Ребер А. Большой толковый психологический словарь. Москва : Вече-Аст., 2000. Т.1. С.141.
41. Ржевська-Штефан З. О. Психологія здоров'я. Кіровоград: «ІмеКс ЛТД», 2010. 87 с
42. Роджерс К. Взгляд на психотерапию, становление человека. Москва : Издательская группа «Прогресс» – «Универс», 1994. 480 с.
43. Дубровина И. В. Руководство практического психолога (психологические программы развития личности в подростковом и старшем возрасте). Москва : Изд. центр «Академия», 1998. 128 с.
44. Саари С. Опосредование стрессовых факторов через внутриличностные факторы. *Психология личности и образа жизни*. Москва, 1987. С. 59–62.
45. Сергієні О. В. Єрошкіна Т. В., Демчук Т. П. Емпіричне дослідження невротичного реагування студентів на нервово-психологічні навантаження. *Київський науково-педагогічний вісник*. 2015. №6. С. 86-90.
46. Головин С. Ю. Словарь психолога - практика. Москва : Харвест, 976 с.
47. Скорбач Т. В., Шастун Т. О. Соціально-психологічні фактори порушення психічного здоров'я студентства. *Актуальні проблеми та шляхи вдосконалення виховного процесу в навчальному закладі* : матер. тез і допов.

Рег. наук.-практ. конф. (м. Харків, 26 квіт. 2013 р.). Харків : МОН України, Харк. гум.-пед. академія, 2013. С. 1-3.

48. Соколова И. М. Методы исследования адаптации студентов. Харьков, 2001. 276 с.

49. Хухлаєва О. В. Основи психологічного консультування та психологічної корекції. Москва : Видавничий центр «Академія», 2001. 208 с.

50. Царькова О. Роль установок і очікувань у збереженні та підтримці психологічного здоров'я. *Український науковий журнал «ОСВІТА РЕГІОНУ»*. 2013. №3. URL : <http://social-science.com.ua/article/1139>

51. Шапарь В. Б. Психологічний тлумачний словник. Харьков : Прапор, 2004. 640с.

52. Шеремет О. Вийдемо зі стресу разом. Соціально-психологічний тренінг. *Психолог*. 2007. № 23-24. С. 17-24.

53. Ящишина Ю. М. Експериментальне дослідження соціальних та особистісних чинників психічного здоров'я студентської молоді. *Проблеми емпіричних досліджень у психології*. Вип. 2. Київ : Гнозис, 2009. С. 308–314.

Спіріна І. Д.

*доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України
професор кафедри психології*

ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет»

Коваленко Т. Ю.

*доктор наук з державного управління
професор кафедри психодогії*

ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет»

Фаузі Е. С.

кандидат медичних наук, доцент

Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара

ОСНОВИ ПСИХОГІЄНИ. ОСНОВИ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ

Психопрофілактика – це галузь психологічної медицини, яка розробляє заходи, що запобігають виникненню психічних захворювань (Білобровка et al., 2018). Зазначені заходи забезпечують психічне здоров'я та охоплюють профілактику особистих і професійних криз, попередження, виникнення і поширення нервово-психічних захворювань.

Для здійснення психопрофілактичних заходів лікарю необхідно не лише загально професійна підготовка, а й мати спеціальні знання в галузі клінічної (медичної) психології, психіатрії і психотерапії. Це обумовлено тим, що тісно пов'язані між собою фізичне і душевне

здоров'я людини, зокрема: психічний стан спричиняє вплив на соматичне здоров'я людини, а соматичні проблеми можуть викликати серйозний емоційний та душевний розлад.

Виділяють такі етапи або рівні психопрофілактичних заходів: 1 – здорова людина; 2 – страждає тимчасовими психічними розладами; 3 – наявні чинники ризику психічного захворювання. Конкретно психопрофілактику поділяють на первинну, вторинну та третинну (Никоненко, 2016).

Первинна психопрофілактика – це система заходів щодо запобігання виникненню нервово-психічних розладів. Вона передбачає боротьбу з алкоголізмом і наркоманією, охорону здоров'я (зокрема психічного) дітей і вагітних жінок, правильну організацію виховання і педагогічного процесу, організацію годин занять і відпочинку учнів з урахуванням віку, прогнозування можливих спадкових хвороб, а також організацію режиму праці і відпочинку, масове залучення населення до занять фізичною культурою і спортом, створення найбільш сприятливих умов для охорони здоров'я, для виховання фізично і духовно сильних людей (Білобровка et al., 2018).

Вона в рівній мірі поширюється як на власне, психічні хвороби (ендогенні), так і на розлади, пов'язані з органічною патологією головного мозку, патологією особистості і психогенії. До таких заходів відносяться, в першу чергу, загальнопрофілактичні (соціальні, медичні, психологічні): поліпшення екології, усунення інфекційних захворювань, гострих і особливо хронічних інтоксикацій (зокрема алкогольної та наркотичної), покращення медичної і психологічної допомоги населенню в цілому, попередження травматизму на виробництві і в побуті, покращення соціально-економічного становища в країні та ін.

Первинна психопрофілактика, спрямована на охорону психічного здоров'я нинішнього і майбутніх поколінь, займається питаннями попередження психічних захворювань, гігієни шлюбу та зачаття, профілактики можливих шкідливих впливів на вагітність, організації допомоги породіллі, раннього виявлення вад розвитку у новонароджених і своєчасного застосування методів лікувально-педагогічної корекції на всіх етапах розвитку дитини.

Психопрофілактичні заходи, що сприяють підвищенню стійкості психіки до шкідливих впливів, – це правильне виховання дитини, боротьба з дитячими інфекційними захворюваннями і психогеніями, здатними викликати затримку або асинхронію психічного розвитку, психічний інфантилізм, невротичні порушення.

Можливості попередження ендогенних психічних захворювань, виникнення яких пов'язане в основному зі спадковою схильністю,

обмежені медико-генетичним консультуванням та пренатальною діагностикою вроджених вад плода, чим забезпечується своєчасна діагностика деяких форм розумової відсталості.

Первинна профілактика психічних порушень при органічній патології головного мозку і соматичних захворюваннях полягає в своєчасному виявленні і адекватному лікуванні основної патології.

Психопрофілактика психосоматичних захворювань повинна бути орієнтована на особистісні особливості людини, схильної до патологічних вегетативно-соматичних реакцій на стресові ситуації, що викликають відчуття образи, страху, агресії. Необхідне навчання саногенній поведінці, що дозволяє нормалізувати систему відносин особистості, усунути патологічні механізми неадекватних психосоматичних реакцій. З цією метою повинні ширше використовуватися медико-психологічне консультування і, при необхідності, методи психокорекції і психотерапії.

Основними причинами зростання психогенних розладів, пов'язаних зі стресом, порушенням адаптації, є несприятлива соціально-економічна ситуація в країні, соціальна незахищеність, безробіття, міжнаціональні конфлікти тощо.

Безпосередніми причинами пограничних психічних розладів (психогенних реакцій, неврозів) дуже часто постачають сімейні, соціальні, побутові та інші конфлікти. Однією з причин можуть бути ятрогенії і порушення правил етики.

Психопрофілактика пограничних психічних розладів повинна полягати перш за все в усуненні або попередженні ситуацій, здатних спричинити психотравмуючу дію на особистість, що не завжди можливо, проводити в новій мірі оскільки це пов'язано з серйозними перетвореннями в соціальному мікросередовищі і суспільстві в цілому. Тому основні психопрофілактичні заходи повинні бути спрямовані на підвищення психологічної освіченості населення, пропаганду здорового способу життя, надання психологічної допомоги психічно здоровим людям у складних ситуаціях, навчання їх методам психологічної саморегуляції, використанню психокорекції. Певне значення в комплексі психопрофілактичних заходів мають скринінгові психологічні дослідження широких верств населення, що проводяться соціальними психологами і іншими фахівцями з метою виявлення груп ризику. Провідну роль у проведенні психопрофілактичних заходів повинні відігравати фахівці – медичні психологи, психотерапевти, психіатри, соціальні працівники, але не менш значущою є й участь лікарів різних спеціальностей, які працюють як в поліклініках, так і в стаціонарах.

Одне з найважливіших завдань психопрофілактики пограничних психічних розладів полягає в навчанні людей, що потрапили в складні життєві обставини або переживають внутрішньо особистісний конфлікт, як методам психогігієни та психопрофілактики, боротьби зі стресом.

На думку багатьох фахівців, що займаються проблемами стресу, основне правило подолання стресу полягає в здатності людини боротися з неприємностями, не ставитися до них пасивно, але в той же час не озлоблюватися і не звинувачувати в них інших. Реакція на стрес повинна бути осмисленою і зваженою. Не можна піддаватися першому емоційному імпульсу, слід бути витриманим і холоднокривним, дивитися на навколишній світ з позиції здорового глузду і з позиції здорового глузду діяти.

Визначальна роль у здійсненні первинної психопрофілактики відводиться психіатрам, психотерапевтам та клінічним (медичним) психологам, які покликані здійснювати не лише раннє виявлення нервово-психічних захворювань, але і забезпечувати розробку і впровадження спеціальних психопрофілактичних і психотерапевтичних заходів в різних сферах людської діяльності. Ці завдання тісно пов'язані з соціальною психологією, оскільки необхідним є уважне вивчення групової, колективної діяльності, спільної поведінки і спілкування, особливостей психічного стану індивіда як особистості та в групі. Серйозну увагу треба приділяти застосуванню медичної і психологічної експертизи різних виробництв і технологічних процесів, наприклад розробці запобіжних заходів щодо несприятливої, невротизуючої дії монотонності потоково-конвеєрного виробництва.

Як приклад, може бути наведено діяльність установ сфери охорони здоров'я (лікарні, пологові будинки, жіночі консультації тощо) щодо своєчасної (у тому числі і допологової) діагностики патологій внутрішньоутробного розвитку дітей; вирішення проблеми зайнятості дошкільних дітей та підлітків силами установ системи шкільної та позашкільної освіти, тощо. Слід зазначити, що саме первинна профілактика (її своєчасність, повнота і постійність та приємність) є найважливішим видом превентивних заходів у галузі запобігання відхилень у поведінці дітей та підлітків (Никоненко, 2016).

Вторинна психопрофілактика – це комплекс заходів, спрямованих на ранню діагностику психічних захворювань, своєчасне і активне лікування захворювання, що вже почалося, запобігання небезпечним для життя хворого станам. Вона полягає в попередженні негативних наслідків психічного захворювання, що вже почалося, або психологічної кризи. Згідно рекомендації Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, під вторинною профілактикою мається на увазі саме лікування.

Неякісне, невчасне лікування при нервово-психічних захворюваннях сприяє їх затяжному, хронічному перебігу. Успіхи активних методів лікування, особливо досягнення психофармакології, помітно відобразилися на наслідках психічних захворювань: підвищилося число випадків одужання, збільшилася виписка хворих з психіатричних лікарень. Проте, слід пам'ятати, що вторинна профілактика направлена не лише на біологічну основу хвороби, вона вимагає використання психотерапії і соціотерапії в широкому сенсі цих понять, як в стаціонарі так і в подальшому, на поліклінічному етапі після виписки.

У вторинній психопрофілактиці важливе місце належить комплексній фармакотерапії, зокрема й плацебоефекту.

Ефективність дії лікарської речовини залежить від психічного стану хворого. Щоб виявити елемент навіювання при вивченні нового препарату, щоб не завищувалася позитивна дія ліків і справжній лікувальний ефект, застосовують спеціально виготовлені лікарські форми, яким надають максимальної схожості з препаратом, що випробовується. Плацебо застосовують не лише для вивчення дії лікарських препаратів, а й з терапевтичною метою, наприклад, коли хворий наполягає на вживанні препарату, а лікар не вважає це за доцільне, або на додаток до активної терапії. В таких випадках вживання плацебо призводить до позитивного лікувального ефекту, та його посилення.

Ефект плацебо залежить від соціокультурних особливостей соціуму, характеру психологічним особливостям хворого, особистості лікаря та їхніх взаєностосунків. Довірливі люди, люди, які легко підпадають під зовнішні впливи, вірять лікареві, сильніше реагують на прийом плацебо. Посилити ефект плацебо можна за допомогою форми, смаку, кольору, запаху (солодкі, гіркі, ароматичні таблетки чи форми для ін'єкцій). Навіть зовнішній вигляд упаковки має значення в ефективності плацебо. При проведенні активної лікарської терапії поліпшення стану хворого може бути пов'язане не тільки з дією лікарського засобу, але й з плацебо-ефектом (Вітенко et al., 2001).

Третинна психопрофілактика – це попередження рецидивів та хронізації нервово-психічних захворювань і відновлення життєдіяльності людини, що перенесла захворювання. Третинна психопрофілактика спрямована на попередження інвалідності за наявності у людини нервово-психічного захворювання. У багатьох випадках для попередження рецидиву психічного захворювання хворому потрібне вживання засоби підтримуючої психофармакотерапії та тривалої психотерапії.

Метою заходів третинної психопрофілактики є реабілітація хворих, що втратили можливість повноцінної життєдіяльності.

Реабілітація спрямована на відновлення соціального статусу хворого (повне або часткове) – ресоціалізацію, яка припускає можливість використання трудових навичок, відновлення соціальних зв'язків хворого і його індивідуальної і суспільної цінності. Процес реабілітації, крім того, сприяє прискоренню саногенезу.

Суть реабілітації полягає в тому, щоб шляхом використання збережених психічних задатків і функцій, а, по можливості, відновлення пошкоджених або втрачених функцій, їх тренування, пристосувати хворого до колишніх або змінених умов праці та побуту. Успіх реабілітації багато в чому залежить від того, наскільки адекватно будуть враховані збережені функції і здібності даної людини, а також її особистісні особливості і ставлення до хвороби. Саме на них необхідно спиратися в процесі реабілітації.

Поняття «реабілітація» пов'язане не тільки з хронічними захворюваннями, але і з розладами, що виникли вперше, мали рецидивуючий перебіг. У цьому випадку виділяють декілька рівнів реабілітації. В основі медичної реабілітації лежить відновна терапія, спрямована на одужання або максимально можливе поліпшення стану, попередження дефекту і відновлення працездатності хворого. Засобами її є всі види терапії: медикаментозна терапія, хірургічні методи, психотерапія, фізіотерапевтичні процедури, лікувальна фізкультура, масаж та ін. Наявність дефекту, пов'язаного з перенесеною фізичною травмою або хворобою, часто стає складною психологічною проблемою для хворого. Нерідко психогенна реакція хворого на дефект відіграє більшу роль у втраті працездатності, ніж сам дефект. Прийнято виділяти два рівні компенсації дефекту: високий рівень (активне подолання дефекту) і низький рівень (пристосування до дефекту). Рівень компенсації залежить не тільки від самого фізичного дефекту, але і від особливостей особистості хворого, від ефективності психотерапевтичної роботи з ним, уміння лікаря встановити контакт із хворим і допомогти йому створити нову життєву домінанту.

Під професійною реабілітацією розуміють використання працездатності, що збереглася, для повернення хворого до колишньої або менш складної трудової діяльності.

Під соціальною реабілітацією, або реадaptaцією, розуміють створення необхідних умов життя і побуту (поліпшення житлових умов, матеріального забезпечення), відновлення порушених контактів з оточуючими, які дають можливість хворому повернутися в суспільство, тобто призводять до відновлення його суспільного функціонування.

Реабілітація вимагає великої напруги волі і лікаря, і хворого. Для успішної реабілітаційної роботи необхідно використовувати всі види психологічного впливу: книги, журнали, кіно, психотерапевтичні бесіди, завжди враховуючи при цьому можливості хворого, його інтереси, інтелектуальний рівень і життєві установки (Никоненко, 2016).

Психологія профілактики

Втілення в практику профілактичних заходів часто зустрічає деякі традиційні звичні погляди людей. Одним з них є спрощений погляд на хворобу і лікування. Більшість людей розуміють цю проблему в таких категоріях:

Хвора людина–лікар–ліки–лікування–здорова людина.

Таке уявлення найбільш близьке розумінню звичайної людини. Категорії профілактичного порядку менш доступні прямому розумінню:

Причини хвороби – профілактичні заходи – здоров'я населення, людини.

Профілактика ще не розроблена остаточно і не при всіх хворобах ефективна. Часто заходи, які слід проводити при профілактиці, бувають пов'язані з особистими неприємностями і обмеженням задоволень, і задоволенням різних вимог (наприклад, за потреби схуднути, обмежити куріння, при виконанні вимоги займатися фізкультурою).

Звідси витікає подвійне ставлення населення до профілактики, де зустрічаються інтереси і побоювання з двох протилежних сторін: бажання бути здоровим і водночас бажання отримати як можна більше задоволення (Вітенко et al., 2001).

Психологія санітарної просвіти

Санітарна просвіта – це лікувальна психопрофілактична діяльність, метою якої є залучення населення як до індивідуальної профілактики і участі в лікуванні, так і до ширшої суспільної профілактики, тобто передусім створення здорового життєвого середовища.

За змістом важливими темами санітарної просвіти є: психічна гігієна і профілактика неврозів, статеве виховання і охорона здоров'я матері і дитини.

Форма санітарної просвіти може бути колективною й індивідуальною. Деякі форми колективної санітарної просвіти діють на ширші прошарки населення, здебільшого на здорових людей, наприклад, поради лікаря, що передаються по радіо і телебаченню, публікації в пресі, короткі фільми і бесіди скеровуються на широкі

верстви населення, так і цілеспрямовано – на певні визначені групи суспільства: на робітників таких підприємств, де їх життя перебуває під загрозою, на групи хворих певними хворобами, на хворих одного стаціонарного відділу лікарні.

Індивідуальна санітарна просвіта, що має характер короткого пояснення, за яким проводиться розмова, спрямована на окрему людину, найчастіше на хворого і його родичів. Індивідуальна санітарна просвіта пронизує весь лікувальний процес. Зокрема, індивідуальна санітарна просвіта родичів має значення особливо в справі охорони здоров'я дитини. Зокрема- гармонізувати психіку матері з гіперопікою, чи іншими вадами виховних стратегій

Санітарна просвіта у всіх формах різною мірою сприяє ширшій суспільній профілактиці запобігання виникнення та поширення визначених хвороб, а також сприяє профілактиці рецидивів хвороб, які вжевилікувані (Вітенко et al., 2001).

Загальна характеристика психогієни

Психогієна – галузь психології і медицини, насамперед гігієни, яка вивчає фактори й умови навколишнього середовища, що впливають на психічний розвиток і психічний стан людини, і розробляє рекомендації щодо збереження і зміцнення психічного здоров'я (Білобровка et al., 2018).

Елементи психічної гігієни з'явилися в життєвому просторі людини задовго до того, як почалась наукова систематична розробка принципів психічної гігієни і розвиток гігієни розумової діяльності.

Ще в античній літературі ми часто зустрічаємось з поняттям міри, психічної гармонії, життєвої мудрості. Демокрит говорив про евтімію, тобто добре врівноважене життя. Епікур про атараксію – душевний спокій мудрої людини, яка пізнала закони природи і позбавилась страху смерті. Церковна ідеологія середньовіччя із своїм дуалізмом душі і тіла опиралась перш за все на релігійні і моральні категорії, дещо односторонньо розглядаючи і оцінюючи психічні явища з точки зору гріха, вини, самовідданої любові, відношення до надприродних сил і підготовки до загробного життя. Релігійний світогляд того часу давав можливість людям в більшій мірі пасивно пристосовуватись до життєвих умов, зменшував ступінь суб'єктивного незадоволення мас, що, в усякому разі стримувало соціальні вибухи, які могли вилитись в повстання. А нові повстання – це нова кров, нові жертви, нові репресії, нові психотравми. З цього можна зробити висновок, що і середньовічна релігія з позицій життєвої мудрості виконувала відповідну суспільно-гігієнічну «атарактичну» функцію.

Народження і становлення буржуазії в період Ренесансу принесло в життя не тільки розмах великих справ, ентузіазм, відкриття і прогрес, але також несправедливість, жорстокість і страждання, про що красномовно свідчить історія відкриття і колонізації заморських земель, бурхливого розвитку промисловості в першу чергу в Європі і в США.

Дещо пізніше мислитель і педагог Ян Амос Коменський з наукових позицій торкнувся області, тісно зв'язаної з психічною гігієною. В своїх «Правилах життя» він писав: «Якщо хтось порушує думку або совість, то це потрібно заборонити раніше, щоб з цими речами не мати нічого спільного. Нашу думку може порушити надмірна кількість і непомірність роботи. Хто заглибиться в неї, обов'язково знайде тернії, які інколи виглядають як троянди. Отже, якщо хочеш мати спокій – уникай необачності. Що приходить на твою долю – роби мовчки, що приходить на долю інших – залиши. І в своїх власних справах не будь надмірно дбайливим, педантичним по відношенню до будь-якої дрібниці. Щоб бути більш працездатним – дай собі інколи відпочинок або зміни вид праці. Там, де напруження не чергується з відпочинком, там немає витривалості. Натягнутий лук трісне. В іншому місці Коменський пише: «Зберігай правила помірності в усьому. Хочеш бути спокійним? Не розсіюйся в багатьох справах не займайся непотрібними справами, не піддавайся гніву. Хочеш бути мудрим? Не бажай всього, що ти бачиш, не вір всьому, що чуєш, не говори всього, що знаєш, не роби всього, що вмієш, а тільки те, що корисно».

Поняття «психічна гігієна» виникла в ХІХ столітті. Але початок організованого психічно-гігієнічного руху було започатковано К.Бірсом, який в 1908 р. випустив книгу «Душа, яка знайшлася знову». Автор сам тривалий час був пацієнтом однієї американської лікарні для психічно хворих і після виписки з неї проаналізував недоліки в поведінці і позиції лікарів та інших працівників по відношенню до хворих. Після цього Бірс розвинув діяльність, яка була направлена на покращення умов життя психічно хворих в лікарнях і на зміну підходу до відношення суспільства до них після виписки з медичного закладу.

Психогігієна виникла у зв'язку з потребою боротися з поширенням захворювань, що мають психогенну природу. Кількість таких патологічних змін особливо зросла під час Першої світової війни і в наступні роки, що й стало причиною обговорення цього питання на двох спеціальних Міжнародних конференціях – у Вашингтоні (1930) і в Парижі (1937). Після Другої світової війни (Лондон, 1948) відбувся перший Міжнародний конгрес, який ухвалив організувати Всесвітню федерацію з психічного здоров'я.

С. С. Корсаков вважав головною причиною розвитку нервово-психічних розладів тяжкі умови життя людини. Поліпшення їх у масштабі всієї держави, створення належних умов праці, побуту і відпочинку зумовить зменшення кількості нервово-психічних захворювань (Конечный & Боухал, 1983).

Психогігієна складається з таких розділів: вікова психогігієна, психогігієна праці і побуту, психогігієна сім'ї і сексуального життя.

Вікова психогігієна

Вікова психогігієна передбачає психогігієну дитинства (дошкільну і шкільну), підліткового, зрілого та старечого віку.

Піклуватися про психічне здоров'я дитини треба уже на стадії її внутрішньоутробного розвитку. Правильний спосіб життя жінки під час вагітності, додержання нею психогігієнічних і психопрофілактичних вимог – запорука збереження і зміцнення здоров'я дитини.

Від народження дитини треба стежити за режимом її годування, сну, уникати фізичних і розумових перевантажень. Психічний розвиток людини залежить від типологічних особливостей її нервової системи, від рівноваги між процесами гальмування і збудження.

Типологічні особливості протягом життя можуть зазнавати змін під впливом навколишнього середовища. Еластичність нервової системи дає змогу значною мірою коригувати психологічні параметри. Рухливі, жваві діти за деяких умов (наприклад, одноманітність) можуть стати млявими і безініціативними.

Разом з тим за сприятливих умов і відповідно до виховного впливу дитина з природженою слабкою нервовою системою може стати значно рухливішою, жвавішою.

Тому формування здорової особистості вимагає врахування різноманітних факторів, і зокрема типу її нервової системи. Дуже рухливим дітям слід приділяти особливо багато уваги, утримуючи в розумних межах їхню активність, інакше в них не формуватимуться зосередженість і самовладання, що буде заважати їм адаптуватися в колективі, становитиме труднощі щодо внутрішньої дисципліни. Загальмованим дітям бажано періодично усамітнюватися, не бути весь час у колективі, оскільки для них хвилювання є надто сильним подразником. Це зовсім не означає, що таких дітей слід тримати в тривалій або в повній ізоляції. Їм варто збільшувати навантаження поступово, систематично залучаючи цих дітей до групи однолітків. Щоб мляві діти не відставали в розвитку, їх треба постійно спонукати до тієї чи іншої діяльності.

Особливе значення має виховання почуттів у дітей дошкільного віку. Важливо, щоб у оточення був веселий, бадьорий настрій (передусім у батьків), оскільки діти буквально «заряджаються» їхнім настроєм і намагаються наслідувати їх у всьому. Тому батькам треба уникати конфліктів, сварок в присутності дітей. З досвіду відомо, що цього правила батьки часто не дотримуються. Вони навіть не уявляють, до яких наслідків може це призвести в перспективі. Важливим аспектом виховного впливу сім'ї на дитину є створення обставин розумної вимогливості, що не припускає диктаторського, а іноді й грубого тону. Краще запропонувати різні заняття, що передбачають підвищення вимог, а також вправи, спрямовані на подолання труднощів. Це є важливою передумовою розвитку почуттів у дітей. Разом з тим у процесі формування особистості треба уникати невиправданої опіки, постійних немотивованих покарань, оскільки все це може гальмувати розвиток емоційної сфери. Важливо також зважати на думку дитини, поважати її і визнавати як особистість, намагатися якомога більше задовольняти потребу в спілкуванні. Особливо травмує психіку дітей почуття непотрібності батькам. Навряд чи можна порівняти цей негативний вплив на емоційну сферу з чимось іншим.

Значної уваги потребує комплекс проблем, пов'язаних з навчанням і розвитком учнів у загальноосвітній школі та ліцеях. Йдеться про формування у них позитивного ставлення до процесу навчання, яке значною мірою визначає розвиток пам'яті, мислення, уваги. Також треба визначити оптимальне співвідношення між фізичною та розумовою працею, навчанням і відпочинком тощо. Важливою вимогою психогієни є додержання школярами та ліцеїстами режиму дня. Треба стежити за тим, щоб дитина в один і той самий час лягала спати і вставала, у певний час виконувала домашнє завдання, їла, гралася.

Збереження психічного здоров'я дітей вимагає від батьків вияву постійного інтересу до їхньої навчальної діяльності. Дитині, якій важко, треба допомогти і в дуже коректній формі навіювати впевненість, що вона досягне мети, якщо буде працювати. Дуже важливим фактором є оцінювання знань дитини педагогом. Навіть справедливо виставлена незадовільна оцінка часто має негативний педагогічний ефект, особливо якщо батьки замість допомоги, аналізу карають дитину.

Є й такі батьки, які, щоб уникнути травмування психіки дитини, не звертають уваги на оцінки. Це, звичайно, не вихід із становища. Потрібна копійка робота в системі «батьки–діти». Тобто, успіхи дитини, оптимістична настроєність її, рівні взаємин в сім'ї, позитивна мотивація, інтерес і захопленість при опановуванні навчального

матеріалу в школі сприяють не лише розвиткові дитини, а й зміцненню її здоров'я.

Психічне здоров'я також залежить від правильного виховання дитини в період статевого дозрівання. Цей період сам собою характеризується істотними біологічними і психологічними змінами. Підліток – це вчорашня дитина, але ще не доросла людина. Своєрідність поведінки його визначається, передусім, потребою самоствердження. У цей період ставлення до оточення ускладнене, почуття самотності перебуває у протиріччі з невизнанням його дорослості навіть батьками.

Замість дитячого уявлення про світ у підлітків з'являється якісно нове розуміння і ставлення до навколишнього. Разом з тим форми поведінки у них ще не досить усталені. Підлітки звичайно відчують значну потребу в рухах. Вони гамірливі, непосидючі, що дорослі часто сприймають як навмисну недисциплінованість. Насправді ж ці дії є наслідком внутрішнього неспокою підлітка. У підлітків відбувається швидка зміна емоцій і почуттів. Так само швидко змінюються судження і відношення.

Психічний розвиток йде паралельно з прискореним фізичним розвитком. Змінюються пропорції тіла, руки і ноги стають довшими, тулуб росте не так швидко. Звідси порушена збалансованість між органами серцево-судинної системи і дихання, з одного боку, і розмірами тіла і м'язовою діяльністю – з іншого, отже, підліток відчуває недостатність кисню, він збудливий.

Батьки в цей період розвитку підлітка мають терпляче і послідовно формувати позитивні якості його особистості. Вимоги до підлітка мають бути аргументовані. Виконувати їх треба обов'язково.

Особливу увагу в цьому віці варто звертати на виховання підлітків через колектив, оскільки думку товариша вони цінують значно вище, ніж думку дорослого, зокрема й батьків.

Специфічні зміни в організмі відбуваються у період старіння. Спочатку починає знижуватися інтенсивність обміну речовин, змінюється стан функцій окремих органів і систем організму. Спостерігається зміна в серцево-судинній системі, передусім в її працездатності: в судинах зменшується кількість непосмугованих м'язових волокон, з'являються зміни в усіх відділах серця, особливо в лівому шлуночку. Порушення серцево-судинної системи зумовлюють зниження пристосовуваності до змін у внутрішньому і зовнішньому середовищі, що вимагає спеціального, передусім, тактовного поводження з людьми цього віку. Змінюється і функціонування нервової системи людини, яка старіє. Повільніше виробляються умовні

рефлекси, зменшується і стає нестійкою працездатність нервових клітин, знижується активність людини і продуктивність праці.

Психологія старечого віку передбачає виконання цілої низки загально гігієнічних вимог. Особливої уваги заслуговують питання трудової діяльності людей похилого віку.

Наукові дослідження доводять, що на здоров'я людини похилого віку позитивно впливає праця (в сім разів зменшуючи розвиток старечих психозів), негативно – неробство. Виникає питання про можливість продовження трудової діяльності особами, які мають право на пенсію за віком.

Психогігієна праці та побуту

Вивчення впливу трудових процесів і відповідних взаємин між людьми на здоров'я конкретної людини є важливим завдання психогігієни праці. Вона і впроваджує відповідні заходи, що оберігають людину від згубних впливів, тобто йдеться про створення таких умов праці, які б сприяли не лише виробництву матеріальних благ, але й фізичному і моральному вдосконаленню людини. Правильно організована трудова діяльність, що відповідає інтересам людини і суспільства, є запорукою зміцнення і розвитку фізичного і нервово-психічного здоров'я.

Особлива увага відводиться профконсультаційним центрам учнів і молоді. Утім навіть професійний добір допускає психотравмуючі фактори, які спричинюють погіршення нервово-психічного стану людини. Це, насамперед, самі умови праці (дія струмів ультрависокої частоти, ультразвук, газів та ін.) Тому нині розробляють і впроваджують в практику тонші і чутливіші методи вияву професійно шкідливих факторів.

Прояви реакції організму на дії професійно шкідливих факторів можуть бути різними залежно від того, яка саме речовина впливає на людський організм.

Сучасна психогігієна всебічно вивчає вплив умов життя на стан психічного здоров'я людей і пропонує обґрунтовані рекомендації, спрямовані на подолання негативних дій навколишнього середовища. Особливо негативний як фізичний, так і психологічний вплив на здоров'я людини справляє шум. Комунальний шум спричинює головний біль, безсоння, подразливість, а отже знижує якість і продуктивність праці. Діючи на нервову систему шум призводить до нервово-психічних захворювань, якщо діє тривалий час.

До порушень психічного здоров'я призводять також різні побутові інтоксикації, що виникають внаслідок систематичного вживання

наркотичних речовин. Йдеться, передусім, про негативний вплив на організм людини алкоголю та нікотину. Хронічне вживання спиртних напоїв знижує опірність організму. В нервових клітинах алкоголь накопичується і зумовлює уразливість їх. Небезпекою є порушення процесів обміну в організмі, спричинене дією алкоголю, а також різних сурогатних вин на печінку. Систематичне вживання алкоголю є причиною невротичних і неврозоподібних реакцій.

Одним із заходів боротьби з алкоголізмом, наркоманією, палінням тютюну є організація здорового відпочинку. Варто створювати різні спортивно-оздоровчі комплекси, розвивати фізичну культуру. Для деяких професій характерна гіподинамія, а обмеження рухів зумовлює в цих випадках сильне нервове напруження.

Нервово-психічне здоров'я людини залежить від правильної організації часу, коли вона не спить, і сну. Створення умов для нормального сну – один з важливих розділів діяльності санітарної служби.

Психогігієна сім'ї і сексуального життя

Питання психогігієни сім'ї, шлюбних взаємин, сексуального життя – найважливіший аспект побуту людей.

Шлюбні взаємини дуже складні, тут перетинаються інтереси психології і медицини, фізіології і гігієни, соціології, економіки, педагогіки. Вони часто є причиною нервово-психічних розладів. Саме тут частіше ніж в інших сферах життєдіяльності людини наявні відхилення від фізіологічних, соціально-психологічних вимог і норм.

До конфлікту в сім'ї призводить не лише знижений та порушений статевий потяг, а й надмірний, якщо він не знаходить реалізації.

Першим поштовхом для розриву шлюбних стосунків, за даними американських соціологів, є сексуальні негаразди. Так, 75 % сімей, які розлучилися, мотивом розлучення називають інтим (статеву дисгармонію, подружню зраду).

Сімейні розлади часто призводять до неврозів. Понад 65 % хворих «одержали» цю хворобу через конфлікти у сім'ї. Сімейна незгода часто призводить до фригідності у жінок і зниження потенції у чоловіків. У 50 % чоловіків зниженою активність стала саме через сімейні конфлікти, тобто вони відіграли роль психогенних факторів.

Велике значення у збереженні сім'ї має поведінка жінки. Часто зниження потенції чоловіка викликає у неї незадоволення, роздратованість. І, не знаючи причини, вона звинувачує його у байдужості, холодності. Чоловік і собі, щоб компенсувати свій недолік, починає нерозумно догоджати їй, навіть принижуватися, що, природно,

викликає у неї зневагу. Таке подружнє непорозуміння часто і зумовлює сімейні конфлікти. Разом з тим неповноцінність чоловіків, знижена активність може бути несправжньою і викликаною відсутністю елементарних знань і техніки статевих зносин.

Для профілактики статевих порушень, при нормі, велике значення має правильне статеве виховання, яке починається з дитячого віку. Для профілактики гомосексуалізму важливо у дитини розвивати уяву про належність до своєї статі, у хлопців виховувати чоловічі, а у дівчат – жіночі риси характеру. Тут важлива поведінка батьків, а не їх слова. Діти повинні бачити, що є різниця між чоловічою і жіночою роботою. Правильне статево рольове виховання повинно бути спрямовано на ознайомлення дітей із статевими відмінностями. Але у деяких закладах це не враховується, гра проводиться без врахування статі дітей, а в школах віддають шану жіноподібній поведінці у хлопців і чоловікоподібній – у дівчат. Чоловікоподібне виховання дівчат, яке не призводить до статевих порушень, все ж дає про себе знати при створенні сім'ї.

Задоволення статевим життям у шлюбі має велике значення для створення сімейного щастя, але саме собою не може його забезпечити. Серед жінок, що отримували високе сексуальне задоволення, щасливим свій шлюб вважали 79 %, звичайним – 16 % і нещасливим – 5 %; серед жінок, які не відчували статевого задоволення, щасливим свій шлюб вважали 35 %, звичайним – 43 %, нещасливим – 21 %.

Тому для створення повноцінних та гармонійних сімейних відносин та сімейного щастя якісний рівень статевих стосунків є дуже важливим.

Справжня любов, добрі стосунки, у тому числі й сексуальні, між чоловіком і дружиною – фундамент щастя сім'ї і основа для розвитку особистості. Порушення цих стосунків практично завжди призводить до погіршення здоров'я. Для створення міцної сім'ї слід дотримуватися цілої низки вимог. Встановлено, що зрілість чоловічого організму настає в 20–23 річному віці, у жінок це відбувається дещо раніше – у 18–21 рік! Цей вік можна вважати оптимальним для створення сім'ї, тобто для шлюбу і початку сексуального життя людини. Звичайно ранній початок сексуального життя, випадкові, позашлюбні зв'язки із вживанням великих доз алкоголю не тільки супроводжуються негативними емоціями, а й несприятливо впливають на психіку і нервову систему. Зміни нервової системи і психіки так чи інакше призводять до порушення взаєморозуміння між чоловіком і дружиною, до розладу сім'ї з усіма тяжкими наслідками, що з цього впливають, для подружжя, а також для дітей.

Останнім часом ініціаторами розлучення частіше стають жінки, що відбиває становище жінок у суспільстві – вони економічно незалежні і вільні. Разом з тим це свідчить і про невідповідність молоді до шлюбу. Укладаючи угоду про створення сім'ї, молоді люди не знають своїх індивідуальних, перш за все характерологічних особливостей, не володіють навичками ведення домашнього господарства, не вміють розумно використати вільний час, практично не знайомі із способами задоволення сексуальної потреби. Формування готовності до створення сім'ї – це одне з найважливіших завдань медицини, психології і педагогіки. Необхідно також створювати психогігієнічні служби сім'ї та шлюбів але виконання психогігієнічних вимог у цілому залежить від спільних зусиль усіх членів суспільства (Білобровка et al.).

Психогігієна колективного життя (спілкування)

Психологічний клімат – це настрій колективу, його морально-психологічна атмосфера, основним показником якої є міжособистісні стосунки. Для здорового психологічного клімату характерні доброзичливе, товариське співробітництво, принципова взаємна вимогливість один до одного. Для формування здорового психологічного клімату важливо опанувати мистецтвом критики і самокритики. Щоб критика виконувала мобілізуючу дію щодо тих, кого критикують, їй має бути притаманна:

1. Позитивність: важливі не тільки зміст, а й форма побудови зауважень: спочатку вказати на негативні моменти, а наприкінці бесіди відзначити позитивні, оскільки краще запам'ятовуються останні слова; здійснювати порівняння не з іншими, а власне з тим, кого критикують, згадуючи при розбиранні помилок і ті моменти, коли його праця оцінювалася позитивно; якщо критика стосується незначної помилки, бажано напочатку бесіди відзначити позитивні риси опонента.

2. Перспектива: не тільки обгрунтовано критикувати за помилки, але й пояснити хоча б у загальних рисах шлях до їх подолання.

3. Конструктивність: той, хто припустився помилки, повинен зрозуміти сутність та структуру помилки, усвідомити її викорінення і уникнення її надалі. Форма критики не повинна зачіпати гідність людини, її професійної честі, самолюбства. Критика має бути направлена на помилкові дії, а не на людину та її особисті якості; повинна висловлюватись без присутності сторонніх осіб.

4. Неупередженість: ступінь критики не повинен перевищувати вини того, кого критикують. Щоб уникнути негативної реакції, критикуючий в складних ситуаціях і з олівцем в руках скласти план

аналізу помилки, розділити всі чинники, що призвели до помилки, на об'єктивні і суб'єктивні, що безпосередньо чи опосередковано залежать від того, кого критикують.

5. Лаконічність: людина не може довго вислуховувати зауваження; її увага відволікається, вона починає думати про сторонні речі. При цьому найбільш доцільним є застосування дедуктивного методу умовиводів: спочатку викласти основну думку, головний вивід, а потім привести докази.

6. Цілеспрямованість: предметом критики мають бути головні, а не другорядні питання: не сперечайтесь за дрібниці, щоб не заступити головного і не підірвати віри до себе, в свої можливості.

7. Коректність, тактовність, ввічливість: брутальність, хамство, нетактовність спричиняють не тільки деморалізуючу дію на людину, знижують ефективність її праці, але й призводять до значних психосоматичних, психоневротичних і невідкладних (інфаркти, інсульти) станів. Грубість – це ознака слабкості, невміння переконати людину в своїй правоті силою логіки.

8. Оптимальна кількість зауважень. Безмірно часте і тривале використання критики спричиняє байдужість до зауважень, призводить того, кого критикують, до думки, що це є стилем роботи критика.

9. Гнучкість форми критики, яка повинна змінюватися в залежності від обставин, але мати однозначний зміст. Дотримання субординації, ступінь досвіду робітника, колегіальність.

10. Своєчасність: затримана критика не тільки втрачає свою актуальність, але й нерідко розцінюється як придирка.

11. Індивідуальність: слід брати до уваги індивідуальні якості особи критикованого – темперамент, стать, вік, здоров'я, рівень культури, кваліфікацію, минулі заслуги та мотиви, які призвели до помилки. Неадекватне сприйняття критики часто виникає необгрунтовано, як виправдання своєї поведінки [17].

Основні типові варіанти неадекватного сприйняття критики:

1. Демонстративний: характеризується бурхливими проявами, прагненням не стільки довести справедливість, скільки продемонструвати негативне ставлення до критики, звинуватити у помилковості обраного методу оцінки, поведінки, роботи. Конtrarгументи «демонструються» на підвищених тонах, грубо, нетактовно. Особливо це є характерним для осіб, схильних до агресивного типу поведінки.

2. Депресивний: критика сприймається як засіб, що застосований для дискредитації, приниження, причіпок. Властиві низька самооцінка, невпевненість у власних можливостях, постійне хвилювання, надмірна

вразливість, знижений фон настрою, сензитивність. Депресивна реакція створює підґрунтя для психосоматичних розладів. Її витoki нерідко знаходяться у дитячому і підлітковому віці у разі сімейного виховання з надмірною опікою, або коли дитина стає об'єктом муштри із вимаганнями педантичного виконання своїх обов'язків, слухняності.

3. Конформістський: тенденція змінювати свою поведінку відповідно до тверджень оточуючих. Будь-яка критика – вірна чи невірна – отримує позитивну оцінку, що може доходити до догодження. Властивими є відсутність самостійності при ухваленні рішень, прагнення сховатися за колективною думкою, уникнути відповідальності. В окремих ситуаціях поява конформізму може оцінюватися позитивно, приміром, позитивна реакція медсестри на необґрунтовані звинувачення тяжкохворих з несприятливим прогнозом або психічно хворої людини.

4. Індиферентний: байдужа пасивність («в одне вухо влітає в інше – вилітає»). Ґрунтується на неправильному уявленні про критику – що критикують, начебто, для формального порядку, і критика не допомагає, а шкодить. Але індиферентне сприйняття критики може у деяких випадках носити позитивний характер, якщо, наприклад, осудження та докори, навіть необґрунтовані, виходять від тяжкохворої людини. Лікар чи медсестра, керуючись логікою, мають сформулювати для себе вірну установку: «Так, хворий неправий, вчинив мені несправедливе зауваження, але його можна зрозуміти, тому що він змучений хворобою. Я не маю права сперечатися з ним, хворобливо реагувати на його зауваження...». Оптимальний варіант реагування на критику у загальних рисах описаний у широко відомій пам'ятці: «Не згоден – заперечуй, заперечуєш – пропонуй, пропонуєш – здійснюй» [17].

Психогігієна медичного працівника

Професії лікаря і медичної сестри пов'язані з особливою психічною напругою, здатної спричинити негативну дію на психіку. Це обумовлено професійною відповідальністю за фізичне і душевне здоров'я, а нерідко і життя інших людей. Медичні працівники часто переживають емоційний стрес, стикаючись віч-на-віч із смертю. Серйозна психологічна криза у лікаря може бути пов'язана з несприятливим перебігом захворювання у пацієнта, зокрема з летальним кінцем, навіть якщо лікування було адекватним. Виникає необґрунтоване відчуття провини: «... мабуть, зроблено не все, що можна». Тим більше травмуючою може стати ситуація, коли лікар з тих або інших причин допустив помилку. Такі психічні травми можуть

призводити до серйозних психологічних наслідків, а іноді і до психічних порушень з відчуттям невпевненості в собі, тривогою, відчуттям безпорадності і неспроможності. Можливий розвиток субдепресивних або депресивних станів з суїцидальними думками. Відомі випадки, коли лікарі, що вважали себе винними в смерті пацієнта, здійснювали спроби самогубства.

Причинами психологічної кризи в роботі лікаря і «емоційного вигорання» можуть служити і негативні впливи середовища. Сюди відносяться: складна психологічна атмосфера в колективі, несприятливі умови роботи (недостатня забезпеченість діагностичними і лікувальними засобами, надмірне навантаження тощо), низька моральна і матеріальна оцінка результатів праці. Негативні наслідки для психіки і загального здоров'я лікаря можуть виражатися в зростаючій невротизації, психосоматичних розладах і захворюваннях, захопленні психоактивними засобами, включаючи кофеїн і тютюнопаління.

Надмірне робоче навантаження, погана організація праці, конфлікти з колегами або адміністрацією, незадоволеність змістом своєї діяльності і її результатами сприяють психічній астенизації і патохарактерологічним змінам.

За Г. С. Абрамовою (1998), для збереження фізичного і душевного здоров'я медпрацівників необхідні такі психогігієнічні умови роботи:

- задоволеність змістом і результатами своєї діяльності;
- оптимальні умови праці (як правило, цього добитися найважче);
- можливість релаксації (перерви для сну і відпочинку протягом робочого дня, використання індивідуальних способів розслаблення і концентрації);
- розподіл відповідальності між всіма членами колективу;
- комфортний мікроклімат у колективі, коли взаємини з колегами визначаються загальною метою, довірою і взаємодопомогою.

Дотримання перерахованих психогігієнічних вимог, на думку авторів, дозволить забезпечити гуманніше ставлення медичних працівників до пацієнтів і понизити число ятрогенних розладів.

При появі хоч би окремих ознак «емоційного вигорання» і професійної деформації особистості лікареві необхідно ретельно проаналізувати ситуацію і вжити відповідних заходів: зменшення навантаження, іноді зміна колективу або навіть спеціальності, самовиховання або звернення за допомогою до психолога або до психотерапевта. Досягти високої ефективності такої допомоги можна, використовуючи спеціально створювані групи професійно орієнтованого тренінгу, названі за іменем М. Балінта, який у своїй

класичній роботі «Доктор, його пацієнт і хвороба» (50-і рр. ХХ ст.) звернув увагу на необхідність психологічної допомоги лікареві. Програма занять у групах практикуючих лікарів націлена на поліпшення їх професійних якостей шляхом привертання уваги при обговоренні конкретних випадків з медичної практики до психологічних аспектів роботи з хворими, до відносин у системі лікар-хворий.

Серед основних підходів, засобів і методів, що сприяють розвитку психогігієнічних знань і їх втіленню в життя, можна виділити:

- широку медичну освіту населення;
- більш високий рівень викладання загальної та клінічної психології в медичних вищих та середніх спеціальних установах;
- поліпшення медико-психологічної підготовки лікарів через систему післядипломної освіти (знайомство їх з методами психопрофілактики і психореабілітації, основами психологічного консультування і психотерапії, створення і проведення тренінгових груп особистісного і професійного зростання тощо):
- введення в штатний персонал лікарень і поліклінік (як психіатричних, так і загальносоматичних) посади клінічного психолога;
- розширення наявної мережі психологічних консультацій, психологічних служб різної спрямованості (для реабілітації жертв насильства, для надання допомоги у вирішенні сімейно-побутових проблем і ін.), кабінетів соціально-психологічної допомоги, телефонів довіри (Никоненко, 2016).

Пріоритизація механізмів державного управління у сфері реабілітаційного забезпечення дітей в контексті зарубіжного досвіду

В умовах пришвидшення перебігу соціально-економічних процесів, глобалізаційних змін та розвитку ринкової економіки, в основу якої покладено принцип конкурентної переваги, цінність збереження та зміцнення здоров'я людини виступає одним із соціальних пріоритетів для будь-якої держави. Такий підхід обумовлює пошук та впровадження нових механізмів фінансування та ефективного державного управління галуззю охорони здоров'я, і закономірно призводить до необхідності здійснення організаційних змін в управлінні. І якщо зазначені галузеві зміни були чітко сформульовані у відповідних програмних документах уряду та профільного міністерства, то шляхи майбутнього реформування сфери реабілітаційної медицини (відновлюваного лікування, санаторно-курортного забезпечення) і на теперішній час є дуже розмитими та не конкретними. Разом з тим,

проблема збереження та розвитку мережі лікувально-оздоровчих закладів, особливо дитячого профілю, залишається однією із пріоритетних проблем не тільки для галузі охорони здоров'я, а й інших галузей всього блоку соціальної сфери (сфера освіти, соціального захисту тощо).

Сьогодні основним недоліком існуючих механізмів реалізації державного управління у сфері реабілітаційного забезпечення дітей є несистемність та неузгодженість дій між органами державної влади різних рівнів та органами місцевого самоврядування, на балансі яких утримується переважна більшість дитячих оздоровчих закладів [19]. Особливе занепокоєння викликає стан їх матеріально-технічного забезпечення та удосконалення роботи підрозділів, які займаються проведенням реабілітації, наближення відповідної діяльності до європейських стандартів. Для переважної більшості громадян України є недосяжним отримання повноцінного і високоякісного лікування в умовах санаторно-курортних закладів. Досить тривалий час залишаються обмеженими можливості зміцнення здоров'я дітей в дитячих закладах оздоровлення та відпочинку. Це пов'язано, насамперед, із скороченням мережі зазначених закладів, а також комерціалізацією послуг такого виду та неналежним станом нормативного-правового забезпечення державного управління у цій сфері. Тому цілком доречним є здійснення аналізу основних засад програмно-цільового управління у сфері санаторно-курортного забезпечення дітей в Україні.

Українська держава, відповідно до змісту Основного закону, визнана незалежною, соціальною, правовою державою. Державні гарантії забезпечують людині реалізацію її прав і свобод як найвищої соціальної цінності, на реалізацію якої і повинна спрямовуватись вся державна діяльність, і насамперед, державне управління у сфері охорони здоров'я. Конституція України створила можливості для формування дієздатних органів влади, відкрила шлях для проведення галузевих реформ та забезпечила передумови для запровадження нових доміант державного управління у сфері охорони здоров'я, що засновані на принципах сучасної євроінтеграційної парадигми [2].

Система охорони здоров'я вважається досить складною соціальною системою з багатьма чинниками та детермінантами, що впливають на формування власне здоров'я [19]. Система охорони здоров'я охоплює все суспільство і безпосередньо впливає на його розвиток. Медико-демографічна ситуація, що склалась останнім часом в Україні, свідчить про незадовільний стан здоров'я населення та за великим рахунком дає підстави розглядати цю ситуацію як реальну

загрозу національній безпеці України [6]. За станом здоров'я громадян українська держава посідає одне з найнижчих рейтингових місць в Європейському регіоні.

Від 12 до 14 млн. жителів країни хворіють на серцево-судинні хвороби, понад 1 млн. українців страждають від онкологічних захворювань, ще більш як 1 млн. 100 тис. осіб хворіють на цукровий діабет, при цьому майже 200 тис. з них є інсулінозалежними. Україна продовжує вести сумне лідерство у Європі за рівнями захворюваності на ВІЛ-інфекцію та туберкульоз. Смертність в Україні складає 15,2 випадки на 1000 населення проти 6,7 в країнах – членах Європейського Союзу (далі – ЄС). Щорічно в Україні помирає понад 700 тис. громадян, третина з яких це люди працездатного і репродуктивного віку. При цьому смертність від серцево-судинних захворювань є однією з найвищих у світі та становить близько 64% у структурі загальної смертності, а смертність від онкологічних захворювань – 13%. Фактично ці два класи хвороб визначають майже 80% щорічних втрат населення країни [26].

Так, існуюча система охорони здоров'я не в повному обсязі задовольняє потреби населення у високоякісній та ефективній медичній допомозі. Реформи, які проводилися до 2010 року в галузі охорони здоров'я, не дали бажаного результату у зв'язку з тим, що носили непослідовний, переважно фрагментарний характер, в цілому не змінюючи застарілу з часів планової економіки систему надання медичної допомоги [26]. Все це не дало можливості адаптувати її до ринкових відносин в національній економіці через низку таких факторів: складна економічна ситуація в державі; низький порівняно з розвинутими країнами Європи рівень добробуту населення; значне поширення серед українців шкідливих звичок та відсутність в українському суспільстві культу здорового способу життя; складна екологічна ситуація; низька якість медичного обслуговування та існування нерівності громадян у доступі до послуг охорони здоров'я.

При цьому одними з визначальних причин низької якості медичного обслуговування та нерівності громадян у доступі до послуг охорони здоров'я є застаріла, неефективна модель фінансування системи охорони здоров'я, постійний фінансовий дефіцит у галузі та нераціональне використання бюджетних коштів.

Система охорони здоров'я в основному спрямована на лікування пацієнтів, а не на профілактику захворювань та їх раннє виявлення, що призводить до виникнення хронічної форми хвороб, зростання первинної інвалідизації та смертності, яким можна було б вчасно запобігти.

Розпорошеності ресурсів здравооохоронної галузі сприяє одночасне виконання багатьох загальнодержавних програм та урядових цільових заходів у галузі охорони здоров'я. Виконання значної кількості програм та заходів не забезпечує їх адекватного фінансування та організацію з боку суб'єктів державного управління належного контролю за ефективністю використання виділених коштів. Загальновідомо, що профілактика неінфекційних захворювань у 2,7 рази менш затратна, ніж лікування хворих. При цьому здоровий спосіб життя населення у 5 разів ефективніший, ніж лікувально-діагностична діяльність галузі охорони здоров'я, пов'язана із збереженням та зміцненням здоров'я населення. Тому у 2010 році Президент України запропонував програму модернізації економічної та соціальної системи української держави.

Одним із ключових пріоритетів соціальних змін стала системна медична реформа. І тут доречно зауважити, що ініційована главою держави реформа в медичній галузі повністю гармонізована з європейською політикою «Здоров'я-2020» [5]. Це означає, що для кожного регіону з урахуванням його соціально-економічного стану, культурно-етнічних та історичних традицій, стану медико-демографічної ситуації, розвитку системи охорони здоров'я і визначення впливу соціальних детермінант на стан здоров'я населення повинні бути науково обґрунтовані та розроблені заходи із збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом оптимізації системи надання медичної допомоги та розвитку здоров'я.

У сучасних умовах структурної перебудови важливим є потенціал та раціональність в роботі системи охорони здоров'я, який відповідно до політики Здоров'я-2020 в Європейському регіоні полягає в тому, щоб покращити показники її функціонування та знизити витрати шляхом збільшення обсягу інвестицій, злучених для здійснення заходів щодо зміцнення здоров'я та профілактики захворювань, а також підвищити ефективність лікування та реабілітації тих, кого вразила хвороба. Проте, слід зазначити, що такий важливий напрям медичної галузі як санаторно-курортне забезпечення дітей традиційно не входить до пріоритетів розвитку, а має переважно супутній характер, тим більш в жодних вищезгаданих програмах та цільових заходах цей напрям не мав окремого фінансування.

Пояснюється це тим, що у сфері охорони здоров'я за останні десять років було затверджено 45 програм та 10 комплексних заходів [26], при цьому жодна з них не була присвячена вирішенню проблемних питань у сфері санаторно-курортного забезпечення дітей, а оздоровчо-профілактичні заходи лише частково були інтегровані у

декілька загальнодержавних програм таких як «Діти Чорнобиля», «Національна програма «Діти України», «Здоров'я нації» (табл. 1).

Важливо зазначити, що досвід розробки цих програм показав їх недостатню ефективність через відсутність належного фінансування та моніторингу поетапного виконання. Крім того, ці програми не мали достатнього наукового супроводу в реалізації та координації міжгалузевої взаємодії, що унеможливило визначення пріоритетних шляхів реалізації державного управління щодо збереження та зміцнення здоров'я дітей.

Таблиця 1

Вибраний перелік державних програм по лінії МОЗ України, до змісту яких включено питання санаторно-курортного забезпечення дітей

Назва програми та її тематичне спрямування	Заходи у сфері санаторно-курортного забезпечення дітей
Союзно-республіканська програма «Діти Чорнобиля», 1991 <i>Охорона здоров'я дітей від впливу наслідків чорнобильської катастрофи «Діти Чорнобиля»</i>	Кубинська сторона несе витрати на лікування, у т. ч. санаторно-курортне, дітей, проживання, харчування, а також надання невідкладної медичної допомоги дітям та дорослим з України, які працюють і проживають в ЛОЦ «Тарара»
Національна програма «Діти України» 1996-2000 рр. <i>Поліпшення здоров'я дітей, зниження дитячої захворюваності й смертності</i>	- забезпечувати санаторно-курортне лікування дітей, хворих на цукровий діабет і гемабластози; - розробити програму розвитку курорту Євпаторія як національного дитячого курорту; - створити Всеукраїнський фонд оздоровлення і відпочинку дітей та підлітків з метою акумуляції додаткових коштів для фінансування витрат на організацію відпочинку дітей та підлітків, насамперед з малозабезпечених і багатодітних сімей, дітей-сиріт і дітей, які залишилися без піклування батьків, дітей-інвалідів
Довгострокова навчально-оздоровча програми, 2001 <i>Здійснення довгострокової навчально-оздоровчої програми для дітей-сиріт і дітей, які залишилися без батьківської опік</i>	Здійснити упродовж трьох років навчальну програму в обсязі загальної середньої школи, гарантування повного медичного обслуговування та забезпечення учнів підручниками, харчуванням і житлом
Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» 2002-2011 рр. (розділ IV. Здоров'я дітей і молоді)	продовжити роботу щодо підвищення якості оздоровлення дітей (п. 8)

Досягнення позитивних результатів управління у сфері санаторно-курортного забезпечення стримує додатково ще й те, що галузь охорони

здоров'я є неоднорідною за своїм складом, де окрім закладів та установ системи МОЗ України, функціонують лікувально-профілактичні заклади відомчої та приватної медицини [18].

Загалом, за результатами опрацювання понад 800 нормативно-правових актів, встановлено, що в Україні програмно-цільовий метод управління у сфері санаторно-курортного забезпечення є найбільш актуалізованим за напрямками оздоровлення та відпочинку.

Так, на урядовому рівні затверджена Концепція Державної соціальної програми оздоровлення та відпочинку дітей на період до 2025 року [6]. Слід зазначити, що в Україні реалізовувалися такі програми, які на сьогодні втратили чинність: Державна програма відпочинку та оздоровлення дітей на період до 2008 року; Концепція Державної цільової соціальної програми оздоровлення та відпочинку дітей на період до 2015 року; Концепція Державної цільової соціальної програми оздоровлення та відпочинку дітей і розвитку мережі дитячих закладів оздоровлення та відпочинку на період до 2017 року.

А інституціональний поштовх розвитку і домінуванню оздоровчо-відпочинкової компоненти у сфері санаторно-курортного забезпечення дітей забезпечив прийнятий у 2003 році спеціальний Закон України «Про оздоровлення та відпочинок дітей» [4], яким було унормовано систему суспільних відносин з питань оздоровлення та відпочинку дітей в Україні.

Аналіз вітчизняної нормативно-правової бази показав, що питаннями охорони здоров'я дітей на центральному рівні опікуються, окрім МОЗ України, ще 14 міністерств, служб та відомств, а державне управління щодо реалізації прав дітей на охорону здоров'я, яка включає й питання санаторно-курортного забезпечення, реалізують більше десяти суб'єктів державного управління, органи місцевого самоврядування та представники громадського сектору.

У зв'язку з цим для вирішення проблем щодо санаторно-курортного забезпечення дітей вкрай важливою є побудова ефективних галузевих та міжгалузевих зв'язків. При цьому дія всіх суб'єктів управління повинна формуватися в контексті державно-управлінській взаємодії на засадах територіальної, міжвідомчої, міжрегіональної, територіально-галузевої узгодженості. Пріоритетом такої співпраці є формування міжсекторального підходу в проведенні профілактичних (відновлювальних, реабілітаційних) заходів для усунення негативного впливу соціальних детермінант здоров'я, створення умов для збереження та зміцнення здоров'я населення, формування відповідального ставлення кожної людини до особистого здоров'я.

Україна, як член міжнародного співтовариства, бере участь у діяльності зі створення сприятливого для дітей середовища, в якому

гідний розвиток і захист їх прав забезпечується з дотриманням принципів демократії, рівності, миру, соціальної справедливості з урахуванням моральних засад та традиційних цінностей українського суспільства, спрямованих на зміцнення сім'ї та морального здоров'я дітей.

Підсумковим документом Спеціальної сесії в інтересах дітей Генеральної Асамблеї ООН «Світ, сприятливий для дітей», підписаним Кабінетом Міністрів України 10 травня 2002 року, визначено чотири пріоритетні напрями діяльності: пропагування здорового способу життя; забезпечення можливості здобувати високоякісну освіту; захист дітей від жорстокого поводження, насильства та експлуатації; боротьба з ВІЛ/СНІДом. Крім того, цим документом передбачено глобальний план дій, орієнтований на розвиток і захист прав та інтересів підростаючого покоління, і завдання, які світова спільнота має виконувати для дітей та разом з дітьми.

У розвиток міжнародного співробітництва щодо захисту прав дітей в Україні була затверджена «Загальнодержавна програма «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року» [3]. Метою цієї Програми було забезпечення оптимального функціонування цілісної системи захисту прав дітей в Україні відповідно до вимог Конвенції ООН про права дитини [1] та з урахуванням Цілей Розвитку, проголошених Декларацією тисячоліття ООН, і стратегією Підсумкового документа Спеціальної сесії в інтересах дітей Генеральної Асамблеї ООН «Світ, сприятливий для дітей». Структурно ця програма містить два підрозділи, у яких вперше визначено стратегічні цілі управління щодо санаторно-курортного забезпечення дітей. Так, у Програмі виокремлено підрозділ «Охорона здоров'я та формування здорового способу життя дітей».

За напрямом 1.1. «Охорона здоров'я» перед органами влади визначено такі цільові завдання: забезпечити створення умов для народження здорової дитини, збереження здоров'я кожної дитини протягом усього періоду дитинства, забезпечення доступу до високоякісних медичних послуг; здійснити реорганізацію системи охорони здоров'я дітей і матерів, надаючи пріоритет розвитку мережі закладів первинної безкоштовної медико-санітарної допомоги, та вдосконаленню системи спеціалізованої медичної допомоги (у т.ч. спеціалізованих дитячих закладів, якими згідно з чинним законодавством є дитячі санаторії) відповідно до міжнародних стандартів.

За напрямом 1.3. «Оздоровлення та відпочинок» українська держава гарантує реалізацію права кожної дитини на оздоровлення та відпочинок шляхом запровадження комплексу спеціальних заходів соціального, виховного, медичного, гігієнічного, спортивного характеру, спрямованих на поліпшення та зміцнення стану здоров'я дітей, організацію їх змістовного відпочинку.

Важливо зазначити, що нова управлінська ідеологія сьогодні вимагає від представників органів виконавчої влади всіх рівнів усвідомлення необхідності розробки та впровадження нових концептуальних підходів для реалізації програмно-цільового методу державного управління, у тому числі у сфері санаторно-курортного забезпечення дітей. Адже при відсутності основи управління, тобто чіткої концепції, не можна говорити про механізми державного управління проблемою, яка має мультифакторну структуру.

Дещо новаторським змістом, на відміну від попередніх програм, характеризується нова програма, розроблена МОЗ України та подана на затвердження уряду. Вона дістала назву «Здоров'я-2020: український вимір» [5]. Вона, як і попередні програми, має міжгалузеву структуру, а по лінії санаторно-курортного забезпечення має виокремлений підрозділ VI.7 «Удосконалення реабілітаційної допомоги» та охоплює такі напрями: *створення єдиної державної інформаційної бази кадастрів для впорядкування санаторно-курортної галузі, створення та ведення реєстру санаторіїв, профілакторіїв, пансіонатів, SPA-центрів всіх форм власності, Державного кадастру природних лікувальних ресурсів; удосконалення інвестиційної політики у санаторно-курортній галузі для реалізації пріоритетних проектів її розвитку, налагодження співпраці санаторно-курортних закладів зі страховими, туристичними та рекламними організаціями.*

Інноваційним змістом цієї програми є виокремлення у розділі X.2 «Придбання медичного автотранспорту та обладнання для закладів охорони здоров'я» заходів щодо забезпечити медичною технікою, обладнанням та автомобільним транспортом відповідно до табелів оснащення заклади охорони здоров'я з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, зокрема кардіологічні та кардіохірургічні, нейрохірургічні, онкологічні та гематологічні, нефрологічні діагностично-лікувальні центри та відділення, центри трансплантації органів та гемопоетичних стовбурових клітин, офтальмологічні відділення та відділення судово-медичної експертизи, регіональні перинатальні центри, санаторної (у т.ч. дитячі санаторії – авт.), реабілітаційної, рефлексотерапевтичної, паліативної та хоспісної допомоги.

Разом з тим, у цій програмі також представлена й оздоровча компонента сфери санаторно-курортного забезпечення. Так, у розділі П.5 «Сприяння фізичній активності та розвитку інфраструктури здоров'я» визначено для органів державної влади програмне завдання по створенню розгалуженої інфраструктури та індустрії здоров'я і активного відпочинку шляхом будівництва фізкультурно-оздоровчих комплексів, сучасних спортивних майданчиків, басейнів, соціальних спортивних залів, облаштування пунктів прокату спортивного інвентарю, виділення території для прогулянок пішки та велосипедних доріжок тощо [5].

Отже, ретроспективний аналіз законодавчої та нормативно-правової бази з питань державного управління у сфері санаторно-курортного забезпечення дітей в Україні показав, що програмно-цільовий метод управління у цій сфері було започатковано ще у 1991 році з прийняттям програми «Діти Чорнобиля», з прийняттям у 1996 році програмного документу довгострокової дії «Національна програма «Діти України». Згодом такий підхід став традиційним в національній державно-управлінській практиці, що підтверджується прийняттям наступного програмного документу «Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» 2002-2011 рр.».

Але основними вадами цих програм було те, що санаторно-курортне забезпечення дітей не виокремлювалось чітким напрямом, а тому завжди залишалось без належної уваги органів влади та відповідно не мало належного постатейного фінансування. Передумови виконання міжнародних зобов'язань з питань дотримання прав дитини дозволили українському уряду прийняти новий стратегічний документ «Загальнодержавна програма «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року», до змісту якого вперше включено стратегічні цілі управління щодо санаторно-курортного забезпечення дітей. Це свідчить про ймовірність позитивних організаційних зрушень у розвитку сфери санаторно-курортного забезпечення дітей, яка є важливою складовою медичної галузі та потребує пришвидшення реформ за цим напрямом.

Разом з тим, окремим напрямом державницького підходу є формування фінансового забезпечення у реалізації державних зобов'язань у сфері санаторно-курортного забезпечення дітей, адже із здобуттям незалежності соціальна сфера української держави отримала багато викликів, одним із яких було вдосконалення системи соціального страхування для задоволення потреб населення у послугах санаторно-курортного лікування та оздоровлення. Це пояснювалось тим, що радянська модель фінансування сфери санаторно-курортного лікування

та оздоровлення громадян контролювалась, переважно, профспілковими організаціями, які розпоряджались путівками, розподіляли фінансові ресурси на капітальне будівництво санаторно-курортних закладів, утримання цих закладів тощо. За часів існування СРСР джерелами наповнення бюджету системи державного соціального страхування були відрахування від прибутку підприємств і дотацій державного бюджету.

У 1991 р. в Україні було створено Фонд соціального страхування, до складу якого увійшли представники від профспілкових об'єднань. У 2001 р. на основі Фонду соціального страхування України був створений Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності на засадах правонаступництва. Така реорганізація сприяла втіленню низки функціональних та організаційно-правових змін у сфері санаторно-курортного забезпечення. І насамперед, вони стосувались питань власності санаторно-курортних закладів.

Відомо, що на даний час понад 2/3 санаторно-курортних закладів в Україні мають приватну форму власності [18]. Мережа багатьох відомчих, профспілкових та комунальних санаторно-курортних закладів має усталену тенденцію до скорочення, обмежуючи доступ значної кількості населення до цих соціальних послуг. Тому актуальною постає необхідність розробки пропозиції санаторно-курортних послуг, розрахованих на споживача із середнім рівнем доходів, та відповідного механізму їх просування. Цим завданням частково опікується Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, спрямовуючи кошти на санаторно-курортне лікування працівників та членів їх сімей.

Забезпечення санаторно-курортним лікуванням та оздоровленням застрахованих осіб та членів їх сімей, відповідно до норм діючого законодавства, покладено на Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності (далі – Фонд). Цей орган здійснює керівництво та управління загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням; провадить акумуляцію страхових внесків та інших коштів, призначених для фінансування матеріального забезпечення та соціальних послуг з оздоровлення та санаторно-курортного лікування застрахованих осіб і членів їх сімей (ст. 34 п.6), та забезпечує їх надання, а також здійснює контроль за використанням цих коштів. Фонд належить до цільових позабюджетних страхових фондів і є некомерційною самоврядною організацією. Держава виступає гарантом надання матеріального забезпечення та соціальних послуг застрахованим особам Фондом, а також гарантом стабільної діяльності

Фонду. Управління Фондом та нагляд за його діяльністю здійснюється на тристоронній паритетній основі державою, представниками застрахованих осіб і представниками роботодавців. Відповідно до ст. 10 Закону України управління Фондом здійснюють правління та виконавча дирекція Фонду, а у регіонах – правління та виконавчі дирекції регіональних відділень Фонду з відповідним розмежуванням функцій та повноважень.

Нагляд за діяльністю Фонду покладено на наглядову раду, яка діє на громадських засадах. Українським законодавством закріплено основні принципи використання страхових коштів Фонду, зміст яких полягає у: 1) законодавчому визначенні умов і порядку здійснення загальнообов'язкового державного соціального страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням; 2) обов'язковості (ч.1 ст. 6) і добровільності (ч.2 та ч. 3 ст. 6) страхування осіб; 3) визнанні державних гарантій реалізації застрахованими особами своїх прав; 4) обов'язковості фінансування Фондом соціального страхування з тимчасової втрати працездатності витрат, пов'язаних із наданням матеріального забезпечення та соціальних послуг, в обсягах, передбачених цим Законом; 5) формування та використання страхових коштів на засадах солідарності та субсидування; 6) цільового використання коштів загальнообов'язкового державного соціального страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням; 7) паритетності в управлінні Фондом соціального страхування з тимчасової втрати працездатності представників держави, застрахованих осіб та роботодавців; 8) відповідальності роботодавців та Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності за реалізацію права застрахованої особи на матеріальне забезпечення та соціальні послуги відповідно до норм цього Закону.

У п. 2 ст 20 даного Закону визначено, що кошти Фонду спрямовуються на фінансування санаторно-курортного лікування та оздоровлення застрахованих осіб і членів їх сімей, позашкільне обслуговування, у тому числі придбання дитячих новорічних подарунків.

Окрема стаття закону (ст. 34) встановлює види матеріального забезпечення та соціальних послуг, передбачених загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням. У п. 6 цієї статті визначено перелік основних напрямів забезпечення оздоровчих заходів: оплата путівок на санаторно-курортне лікування застрахованим особам та членам їх сімей до дитячих оздоровчих закладів; утримання санаторіїв-профілакторіїв; надання соціальних послуг у позашкільній роботі з

дітьми; надання соціальних послуг з придбання дитячих новорічних подарунків.

Санаторно-курортне лікування та оздоровлення, згідно ст. 47 Закону, здійснюється з метою забезпечення відновлення здоров'я застрахованої особи та членів її сім'ї (у т.ч й дитини – авт.) на підставі гарантованого права на отримання санаторно-курортного лікування, оздоровлення в спеціалізованих оздоровчих закладах (у тому числі дитячих) у межах асигнувань, установлених бюджетом Фонду на зазначені цілі та в порядку й на умовах, визначених правлінням Фонду. Це право також поширюється на осіб, які навчаються у закладі вищої освіти. Єдиною умовою надання послуг, пов'язаних із санаторно-курортним лікуванням застрахованих осіб, є наявність медичних показань. Законом встановлено, що обсяг коштів для забезпечення оздоровчих заходів визначається бюджетом Фонду. Тому для виконання цієї норми Фонд забезпечує акумулювання та перерозподіл страхових коштів як у розрізі регіонів, так і у розрізі страхувальників.

Правовий механізм легітимізує видачу путівок застрахованим особам та членам їх родини на підставі рішення комісії страхувальника. Комісія страхувальника отримує путівки за місцем реєстрації підприємства (установи, організації тощо), тобто за місцем перерахування страхових внесків. Фінансовим інструментом заборони у видачі путівок може виступати обмежена сума перерахованих страхувальником внесків, які могли бути використані тільки на оплату лікарняних листків, не залишивши певного ліміту на потреби санаторно-курортного лікування та оздоровлення. Чинним законодавством передбачено, що упродовж року одній і тій же особі може бути видана за рахунок коштів соціального страхувальника тільки одна путівка на санаторно-курортне лікування або відпочинок, з урахуванням путівок, отриманих у санаторії-профілакторії, реабілітаційні відділення профспілкових санаторіїв. Путівки, придбані за рахунок коштів соціального страхування, видаються у заявний спосіб: безкоштовно, з частковою оплатою їх вартості, за повну вартість.

Контроль фінансового стану діяльності суб'єктів управління у сфері санаторно-курортного забезпечення здійснює Рахункова палата України. Проведений нею аналіз виконання бюджету Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності у 2011 р. показав [12], що упродовж останніх років кількісні показники діяльності не мали сталої тенденції до зростання. Так, кількість застрахованих осіб та членів їх сімей, оздоровлених в санаторіях-профілакторіях, в дитячих оздоровчих закладах зменшувалась. А незначне збільшення кількості

осіб, які пройшли санаторно-курортне лікування в окремі періоди, відбулося виключно за рахунок скорочення терміну оздоровлення. Разом з тим, вартість путівок за той же період часу мала стійку тенденцію до зростання. Тобто, незважаючи на щорічне зростання видатків Фонду на здійснення оздоровчих заходів, їх обсяги залишаються недостатніми для суттєвого збільшення контингенту осіб, охоплених оздоровленням. Так у 2011 р. за рахунок коштів Фонду в санаторно-курортних закладах пролікувалися лише 1,5% застрахованих осіб. Більш того, кошти, передбачені на оздоровлення, використовуються Фондом на невласиві для соціального страхування функції. Так, у 2011 р. на фінансування дитячо-юнацьких спортивних шкіл та придбання новорічних подарунків для дітей використано 244 млн. грн. Спрямування цих ресурсів на санаторно-курортне лікування дозволило б оздоровити близько 50 тис. застрахованих осіб та членів їхніх сімей. Таким чином, є всі підстави для запровадження нових адекватних організаційно-правові форми реалізації соціального захисту населення.

Так, у сфері санаторно-курортного забезпечення дедалі більшої популярності набуває практика грошових компенсацій субсидіарного характеру для пільгових категорій населення. Зміст її полягає у тому, що набувач послуги отримує не саму послугу як соціальне благо, а отримує гроші готівкою в обсязі середньої вартості санаторно-курортної путівки, визначеної Мінсоцполітики України.

Отже, чинним законодавством передбачено безкоштовне забезпечення санаторно-курортними путівками шляхом надання щорічної грошової допомоги для компенсації вартості путівок через безготівкове перерахування санаторно-курортним закладам, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, за надання послуг із санаторно-курортного лікування чи одержання за їх бажанням грошової компенсації у розмірі середньої вартості путівки в Україні».

У зв'язку з цим слід зазначити, що застосування такої практики негативно впливає як на фінансову стабільність санаторно-курортних закладів, що є акредитованими постачальниками санаторно-курортних послуг в системі державних закупівель, так власне і на стан здоров'я населення, адже забезпечити державний контроль за цільовим використанням отриманих коштів на індивідуальному рівні є надзвичайно складною процедурою.

Фінансове забезпечення діяльності загальнодержавних спеціалізованих санаторіїв для дітей та підлітків покладається на державний бюджет, а реалізація державних програм з оздоровлення та

відпочинку дітей, а також утримання дитячо-юнацьких спортивних шкіл – на місцеві бюджети (рис. 1).

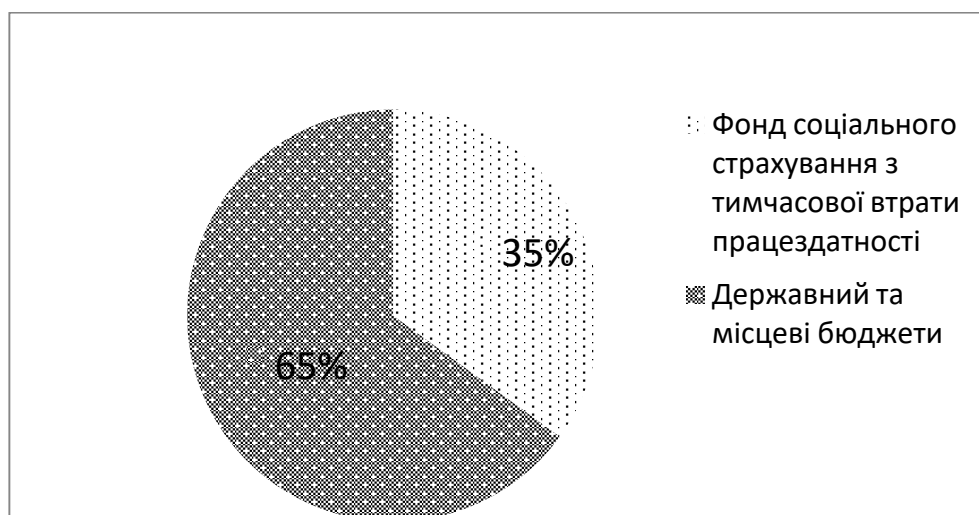


Рис. 1 *Структура фінансового забезпечення заходів з оздоровлення та санаторно-курортного лікування дітей в Україні (за джерелами надходження)*

За таких умов фінансовий простір має структуру, яка перебуває у стані інституційно-фінансової інверсії (22% державних дитячих закладів отримують 65% бюджетних коштів, а 78% дитячих закладів місцевого підпорядкування отримують 35%).

Таким чином, на кошти Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності частково покладаються зобов'язання бюджетів усіх рівнів. Тому фінансовий механізм державного управління у сфері санаторно-курортного забезпечення дітей характеризується існуванням низки проблем.

В Україні кампанія з оздоровлення дітей щорічно розпочинається із значним запізненням, що негативно впливає як господарську діяльність оздоровчих закладів, так власне і на стан здоров'я дітей. Більш того, практика показує, що закупівля путівок за кошти держбюджету проводиться суб'єктами управління (Мінсоцполітики України, МОЗ України) без попереднього вивчення мережі оздоровчих закладів та їх матеріальної бази. Є факти надання неякісних послуг із санаторно-курортного лікування; трапляються випадки повернення путівок та невикористаних коштів соціального страхування.

Наступна проблема полягає у тому, що нормативно-правове поле щодо забезпечення надання послуг з оздоровлення залишається в Україні недосконалим. Це дозволяє головним розпорядникам коштів, зокрема Фонду соціального страхування з тимчасової втрати

працездатності, спрямовувати страхові кошти за напрямками, які не відповідають загальній меті цього виду страхування, а саме за напрямками утримання дитячо-юнацьких спортивних шкіл, придбання новорічних подарунків тощо. Разом з тим, процедура закупівлі послуг із санаторно-курортного лікування потребує розроблення ефективних управлінських заходів з підвищення якості послуг та з урахуванням сезонного характеру їх надання. Це дозволить суттєво підвищити рівень задоволення потреб застрахованих осіб у санаторно-курортному лікуванні та оздоровленні.

За даними міністерства соціальної політики України у 2013 р. забезпечено оздоровленням та відпочинком 3 327,6 тис. дітей шкільного віку (81,8 % від загальної чисельності дітей шкільного віку). Це на 480 тис. дітей більше ніж у 2012 р. З них оздоровленням – 1 422,2 тис. дитини (42,7 % від охоплених або 35 % від загальної кількості дітей шкільного віку). Це на 470 тис. дітей більше ніж у 2012 р. У тому числі оздоровились і відпочили 1 841,3 тис. дітей пільгових категорій, що складає 45,3 % від загальної кількості дітей шкільного віку. Це на 240 тис. дітей більше у порівнянні з 2012 р.

На базі дитячих центрів “МДЦ “Артек” і “УДЦ “Молода гвардія” оздоровлено 25 тисяч 736 дітей, які потребують особливої соціальної уваги та підтримки, з них: в МДЦ “Артек” – 14591 дитину; в УДЦ “Молода гвардія” – 11145 дітей.

Не виконали завдань уряду та показали низький відсоток дітей, охоплених оздоровленням, Закарпатська (19,6 %) та Волинська (21,6 %) області.

У 2013 р. працювало 18657 закладів, серед них 801 заклад оздоровлення, що на 17 закладів більше у порівнянні з 2012 р. Крім того, відновлено роботу 11 дитячих закладів оздоровлення, які не працювали у минулі роки, відкрито 5 нових.

У державному бюджеті на 2013 р. видатки на організацію оздоровлення та відпочинку дітей були передбачені у сумі 506,2 млн грн (Мінсоцполітики – 498,4 млн грн, Мінагрополітики – 7,5 млн грн, МОН – 300 тис. грн.), що на 21,6% більше ніж у минулому році.

На фінансування оздоровлення дітей застрахованих осіб у 2013 р. передбачено 382 433,0 тис. грн, що на 167 млн грн (77,2 %) більше порівняно з фактичним виконанням за 2012 р.

За даними Фонду станом на 01.01.2014 р. перераховано 383 400,0 тис. грн, за рахунок яких оздоровлено 246 144 дитини застрахованих осіб.

З обласних і місцевих бюджетів на фінансове забезпечення оздоровчої кампанії 2013 р. фактично використано 621 516,7 тис. грн.

Це на 78,6 тис. грн. більше у порівнянні з 2012 р. Крім того у 2013 р. залучено 1139033,4 тис. грн. позабюджетних коштів. Це на 142,3 тис. грн. більше у порівнянні з 2012 р.

Отже, як бачимо, проблема відтворення людського капіталу значною мірою визначається належним фінансовим забезпеченням санаторно-курортного лікування й оздоровлення населення, що вимагає збільшення асигнувань на систему охорони здоров'я та їх ефективного використання. А відтак запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування слід розглядати пріоритетним шляхом вирішення цієї державно-управлінської проблеми. Уповільнення темпів модернізації системи соціального страхування, імплементації обов'язкового та добровільного медичного страхування суттєво збільшує навантаження на державний та місцеві бюджети в контексті соціального захисту населення.

На даний час існує нагальна потреба у створенні спеціальної державної інституції з соціального страхування з повноваженнями щодо фінансування санаторно-курортних послуг на нових організаційно-правових засадах, а саме організація персоніфікованої видачі путівок без медичного висновку та рішення комісії страхувальника на потребу застрахованої особи. Це так звані «соціальні путівки», які мають надаватися набувачам соціальних послуг за регульованими цінами. Граничний рівень рентабельності для соціальних путівок не повинен перевищувати 15%. За таких умов державна інституція у сфері соціального страхування виконувала б логістичну функцію, що дозволило б не тільки активізувати курортну справу, але й значно розширити доступ громадян до отримання якісних послуг із санаторно-курортного лікування та оздоровлення. Мережа територіальних відділень цієї державної інституції змогла б забезпечувати реалізацію соціальних путівок на санаторно-курортне лікування та оздоровлення на регіональному та місцевому рівні.

Таким чином, фінансовий простір існуючої в Україні системи соціального страхування потребує трансформації та переходу від принципу знеособлення соціальної послуги до принципу адресного спрямування послуги на потребу застрахованих осіб, а питання фінансування заходів санаторно-курортного лікування, оздоровлення та відпочинку населення слід вирішувати через механізми запровадження медичного страхування.

Список використаних джерел:

1. Конвенція про права дитини від 20.11.1989, схвалена резолюцією 50/155 Генеральної Асамблеї ООН від 21.12.1995 та ратифікована постановою Верховної Ради від 27.02.1991 № 789-XII. URL :

- https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text (дата звернення: 03.06.2022).
2. Конституція України від 28.06.1996. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 03.06.2022).
 3. Про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року : Закон України від 05.03.2009 № 1065-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2009. № 29. Ст. 395. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1065-17#Text> (дата звернення: 03.06.2022).
 4. Про оздоровлення та відпочинок дітей : Закон України від 04.09.2008 № 375-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2008. № 45. Ст. 313. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/375-17#Text> (дата звернення: 03.06.2022).
 5. Про схвалення Концепції «Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020» український вимір» : розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 № 1164-р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80#Text> (дата звернення: 07.07.2022).
 6. Про схвалення Концепції Державної соціальної програми оздоровлення та відпочинку дітей на період до 2025 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.05.2021 № 524-р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/524-2021-%D1%80#Text> (дата звернення: 07.07.2022).
 7. Афонін Є. А., Чмига В. О. Соціальна сфера і проблеми державного управління : євроінтеграційний досвід Естонії. *Економіка і держава*. 2007. № 2. С. 110–117.
 8. Баштанник В. Впровадження європейської інтеграційної технології в системі публічного управління у контексті майбутнього розширення ЄС. *Zarzadzanie i marketing. Zeszyty naukowe Politechniki Rzeszowskiej*. № 3. 2009. С. 35 – 47.
 9. Гаман П. І. Управління якістю медичної допомоги – стратегія оптимізації системи санаторно-курортного забезпечення населення України. *Економіка та держава*. 2007. № 12. С. 41–43.
 10. Гнибіденко І. Ф., Орлатий М. К., Кравченко М. В. Управління соціальним захистом населення в Україні. *Науковий вісник Академії муніципального управління*. 2010. № 1. С. 12–20.
 11. Гошовська В. А. Відповідність українських норм соціального забезпечення європейським та міжнародним вимогам : навч. посіб. Київ : НАДУ, 2008. 52с.
 12. Гуменюк В. В. Фінансування санаторно-курортних послуг в дискурсі соціального страхування. *Економічний вісник Донбасу*. 2013. № 1 (31). С. 114–118.
 13. Данилишин Б., Куценко В. Соціальна безпека – підґрунтя сталого розвитку. *Вісник НАН України*. 2010. № 1. С.20–28.

14. Державна політика України у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. Ч. 1. / за заг.ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. 396 с.
15. Друкер Питер Ф. Задачи менеджмента в XXI веке. URL : <http://www.books.efaculty.kiev.ua/men/4/>
16. Закриницька В. Омбудсмен з прав дитини в механізмі державного захисту прав, свобод і законних інтересів дітей: зарубіжний досвід. *Вісник Академії правових наук України*. 2012. № 4. С. 348.
17. Історія психогігієни. URL : <https://medlec.org/lek3-44791.html>
18. Кабаченко Н. В. Соціальне виключення: різні аспекти впливу. *Соціальне виключення та включення: роль соціальної роботи та охорони здоров'я* : матер. наук. конф. (м. Київ, 10 квіт. 2010 р.). Київ : Пульсари, 2010. С. 21–22.
19. Коваленко Т. Ю. Державне регулювання санаторно-курортного забезпечення дітей в Україні: актуальність проблеми в умовах медичної реформи. *Держава і регіони. Сер. «Державне управління»*. Запоріжжя : КПУ, 2013. № 1 (41). С. 168–172.
20. Коваленко Т. Ю., Ткаченко Е. Ю. Ретроспективний огляд системи Державного управління санаторно-курортним забезпеченням дітей в Україні. *Новини і перспективи медичної науки: зб. наук. пр. Дніпропетровськ : ДЗ «ДМА МОЗ України»*. 2013. С.134–135.
21. Колесніков Б. П. Державне управління розвитком інформаційного суспільства в Україні : монограф. Донецьк : Ноулідж, 2010. 319 с.
22. Лендел Г. Д. Становлення, розвиток та реформування санаторно-курортної системи України. *Укр. соціум*. 2009. № 4 (31). С. 74–81.
23. Мартинюк Р. С. Теорія прав людини : навч. посіб. Острог : Вид-во «Острозька академія», 2009. 218 с.
24. Москаленко В. Ф. Пріоритетні напрями протидії глобальним загрозам громадському здоров'ю та міжнародна безпека в охороні здоров'я. *Охорона здоров'я України*. 2007. № 1. С. 9–11.
25. Пашков В. М. Проблеми правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я (господарсько-правовий контекст) : монограф. Київ : МОРІОН, 2009. 448 с.
26. Проєкт рекомендацій парламентських слухань на тему «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я». *Аптека. ua*. 06.06.2013. URL : <https://www.apteka.ua/article/235648> (дата звернення: 14.01.2020).
27. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування : монограф. Київ : Вид-во УАДУ, 2001. 358 с.
28. Розвиток антикризового управління охороною громадського здоров'я на місцевому рівні: теоретико-методологічні засади : метод. реком. / авт. кол. Л.І. Жаліло, О. І. Мартинюк, І. В. Рожкова та ін.; за заг. ред. І. М. Солоненка. Київ : НАДУ, 2011. 72 с.

29. Тогунов И. Теория управления рынком медицинских услуг : монограф. Владимир: ВКИ «Собор», 2007. 308 с.
30. Федько О. А. Перспективи управлінського впливу на формування та збереження здоров'я населення з урахуванням ціннісно-світоглядної трансформації українського суспільства в умовах соціальної нестабільності : монограф. Київ : НАДУ, 2010. 384 с.
31. Фоменко Н. Рекреаційні ресурси та курортологія : навч. посіб. Київ : Центр навч. л-ри, 2007. 311 с.
32. Худоба О. В. Нормативно-правовий аналіз державної політики щодо збереження здоров'я нації. *Демократичне врядування*. 2009. Вип. 4. URL : <http://www.lvivacademy.com>.
33. Шаптала О. С. Автономна Республіка Крим: проблемні питання державного управління сферою рекреаційного обслуговування : монограф. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2003. 264 с.
34. Шипко А. Ф. Модернізація функцій органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я населення : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.04; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; Дніпропетр. регіон. ін-т держ. упр. Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2010. 20 с.
35. Ярош Н. П. Державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я України : монограф. Київ : НАДУ, 2006. 196 с.
36. Яцук Н. В. Поняття державного регулювання сферою рекреації. *Держава та регіони. Сер. «Державне управління»*. 2009. № 3. С. 253–267.
37. Implementing health in all policies. Adelaide 2010. Adelaide, Department of Health, Government of South Australia, 2010. URL : <http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf>
38. Health resorts and SPA. URL : http://www.germany-tourism.de/ENG/destination_germany/master_jlkur.Htm

РОЗДІЛ 3.

МОДЕЛЮВАННЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ, ВПЛИВАЮЧИХ НА ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

Пріснякова Л. М.

*кандидат психологічних наук, доцент
завідувач кафедри психології*

ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет»

МАТЕМАТИЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ АДАПТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ¹

Формою адекватного відображення подразників є відчуття. Відчуття стимулюють нашу активність у повсякденному житті, забезпечують зворотній зв'язок щодо успіхів та невдач, дають усвідомлення різноманітних почуттів, що притаманне лише живим істотам. За визначенням, наведеним С. Лінком (1992), відчуття – це психологічна енергія, що створює психічну субстанцію, рухає психологічний процес. Оцінка діяльності людини (наприклад, оператора людино-машинних систем) з погляду його можливостей сприйняття різних подразників (сигналів) визначається характеристиками чутливості органів чуття. Як відомо, органи почуттів сприймають не всі сигнальні подразники, а лише ті, які лежать у межах діапазону чутливості, тобто при певній різниці між сигналами.

Адекватним збудником *зорового відчуття* є електромагнітне випромінювання із довжиною хвиль 380-770 нм. Це випромінювання, що дає інформацію про властивості об'єкта або явища, трансформується в зоровому аналізаторі в нервовий процес, який породжує зорове відчуття. Одним з найбільших винаходів природи є людське око, в якому хвильові та корпускулярні уявлення про властивості об'єкта макросвіту шляхом поглинання в ньому електромагнітних хвиль (що вивчається квантовою механікою, оскільки відноситься до процесів мікросвіту) перетворюються на відчуття, що дають уявлення про цей об'єкт. Як видно, можна говорити про реалізацію принципу відповідності Бору між квантовою та класичною теоріями. При малій кількості залучених у процес квантів реалізуються закони квантової механіки, а за їх великої кількості - класичні рівняння макросвіту. У зв'язку з цим, якщо ми розглядаємо характеристики чутливості

¹ Матеріал викладено за результатами власних досліджень автора.

аналізаторів людини, ми повинні брати до уваги, що *пороги чутливості* саме відповідають умовам дії квантової механіки. Справді, чутливість зорового аналізатора, що визначається мінімальним роздратуванням, що викликається відчуття (сила якої називається *нижнім абсолютним порогом чутливості*), дорівнює 2-8 квантам електромагнітного випромінювання (ЕМВ). Називають більш точне значення: в 7 квантів (що відповідає декільком стомільярдним частинам ергу (erg) в одиницях виміру енергії). Якби око було більш чутливим, ми стали б сприймати вже особливі ефекти. Світло здавалося б уривчастим, і ми могли б фіксувати хімічні процеси в самому оці. Тому, насамперед для порогових значень, око, як вимірювальний прилад, схильний до впливу досліджуваної системи. Фіксація подразнення, що впливає, визначається зміною стану елементів ока. У разі макроскопічних явищ збурювальна дія приладу на досліджувану систему дуже мала. У класичній фізиці (механіці) всі *динамічні зміни* можуть бути одночасно виміряні з досить малою помилкою, а стан динамічної системи в певний момент часу визначається точним завданням всіх цих змінних в цей момент часу. Око є квантовим об'єктом, тому параметри, що характеризують його динамічний стан, можливо, повинні задовольняти співвідношенню невизначеностей Гейзенберга. При цьому необхідно мати на увазі, що згідно з квантовою механікою результати спостережень фізичного явища, які отримують у різних умовах досвіду, не можуть бути поєднані в єдиній картині цього явища. Вони повинні розглядатися як такі, що доповнюють одне одного. Змінні величини згідно з принципом невизначеності не можуть бути одночасно виміряні з якою завгодно великою точністю. Вони утворюють попарно групу так званих додаткових змінних, якими є час і енергія (у механічних величинах – координата і імпульс). Для цих пов'язаних змінних «час-енергія» співвідношення невизначеностей має вигляд:

$$\Delta\tau \Delta E \geq \hbar, \quad (1)$$

де $\Delta E = \Delta(E_2 - E_1)$ - розкид різниці енергій двох станів (її невизначеність) при переході системи зі стану з енергією E_2 у стан з енергією E_1 ;

$\hbar = 1,055 \cdot 10^{-34}$ Дж с ($0,659 \cdot 10^{-15}$ eV с) – універсальна постійна;

$\Delta\tau$ - тривалість того відрізка часу, у якому цей перехід відбувся, але не тривалість самого переходу (тривалість виміру енергії).

Найбільш яскраво це співвідношення виражається в латентному періоді реакції, тривалість якого включає поглинання енергії, що надійшла в око, і її перетворення в нервові імпульси, що викликають відчуття. При цьому повинен мати місце розкид енергій двох станів при переході системи зорового аналізатора з одного стану до іншого. Що

стосується латентного періоду, то, напевно, точно його значення не можна передбачити після перетворення енергії світла у «вимірнювальному приладі» – оці людини. Можна лише говорити про ймовірність знаходження системи в тому чи іншому стані, що відповідає певним значенням її параметрів.

Перетворення в оці енергії подразника у відчуття на квантовому рівні має враховувати універсальний закон природи, який стверджує, що енергія коливань змінюється дискретно, а її мінімальна величина, на яку може змінюватися енергія коливання з частотою ω , дорівнює

$$E = \hbar \omega$$

Ці неподільні порції або кванти енергії для випадку ЕМВ називаються фотонами, що відповідають кожній частоті коливань.

Під час збудження у нервових клітинах відбуваються зміни проникності іонних каналів та коливання мембранного потенціалу. При цьому, при силі подразнення меншого порогового значення збудження не виникає, а при силі роздратування більше порогового відбувається ряд процесів, що призводять до збудження. Оскільки різниця між підпороговою і надпороговою силами роздратування мала, то «саме у цій стадії невизначеності можуть надати вирішальну роль – їх передбачити неможливо, отже не можна припускати повної детермінованості».

2. *Слухові відчуття* є результатом впливу звукових хвиль на рецептори з частотою коливань від 16 до 20 000 Гц. Найдрібнішу порцію звукового поля (його квант) називають фононом:

$$E(\mathbf{p}) = v_0 \mathbf{p},$$

де $\mathbf{p} = \hbar \mathbf{k}$ - імпульс фонона;

\mathbf{k} – хвильовий вектор; $|\mathbf{k}| = k = 2\pi/\lambda$;

v_0 – швидкість звуку в даному середовищі.

Для кожної частки між її енергією E та імпульсом \mathbf{p} існує універсальна залежність $E(\mathbf{p})$, різна для часток різної природи – для квантів звуку та квантів ЕМВ вони різні. Для кожної хвилі існує залежність $\omega(\mathbf{k})$ – її частоти ω від хвильового вектора \mathbf{k} , яка називається *законом дисперсії*, різним для різних хвиль, і є характеристичною ознакою кожної хвилі.

Можна показати, що при тому самому імпульсі, тобто при одній і тій же довжині хвилі, енергія фонону на 6 порядків менше енергії фотона. Звичні нам звукові хвилі складаються з окремих квантів, яких у хвилі так багато, що їх неможливо розрізнити окремо. Наприклад, в 1 м^3 звукової хвилі з частотою 10^4 Гц і щільністю енергії 10^{-2} Дж/м^3 (типова густина енергії звуку від радіоприймача) знаходиться 10^{27} звукових квантів. Вважається, що чутливість слухового аналізатора дуже висока

[Петровський, 1986]. Абсолютний поріг для слуху також настільки малий, що якби вухо було лише трохи чутливішим, ми могли б чути випадкові удари молекул по барабанній перетинці. Достатньо тиску повітря змістити барабанну перетинку лише на 10^{-10} см, щоб можна було б почути звук. Слухові клітини внутрішнього вуха виявляють рух із амплітудою менше 1% діаметру молекули водню.

3. Поріг однієї нюхової клітини людини для відповідних пахучих речовин не перевищує 8 молекул. Щоб викликати *смакове відчуття*, потрібно близько 200 000 молекул. Для відчуття дотику за даними різних джерел потрібно в 10^2 - 10^7 разів більше енергії, ніж при зорових відчуттях.

4. Відповіді на багато питань, пов'язаних з кордоном, що розділяє мікро- та макроефекти в сенсорних системах людини, можуть полягати в її інформаційному поданні. З погляду своєї функції нервово волокно можна порівняти з кабелем, що передає інформацію. У рецепторі з аферентним нервовим волокном інформація кодується та передається далі у вигляді нервових імпульсів. Джерелом інформації служать подразники довкілля, передавачем – рецепторні клітини, каналом передачі – нервово волокно, приймачем – синапс деякого центрального нейрона, а сам нейрон можна розглядати як споживач (Циммерман, 1984). Фізично вимірювані параметри стимулів (наприклад, інтенсивність тиску на шкіру, положення стимулу на периферичній сенсорній поверхні, довжини хвиль світлового та звукового стимулів) – це величини, що передаються. Носієм інформації є частота нервових імпульсів, яка розшифровується відповідним чином. Хоча частота розряду багатьох рецепторів може досягати кількох сотень Гц, якість їх роботи з точки зору передачі інформації про інтенсивність стимулу не краще, ніж ідеальний рецептор з максимальною частотою 20 Гц.

Загальна кількість сенсорної нейрофізіологічної інформації, яка може надходити до розпорядження об'єкта, істотно відрізняється від відповідної кількості психофізичної інформації (це максимальний потік на рівні свідомого сприйняття). Темпи надходження інформації R (зазвичай їх називають потоками інформації, біт/с або ємністю, що не зовсім точно) наведені в табл. 1. Як видно з цієї таблиці, максимальний темп інформації у процесі свідомого сенсорного сприйняття становить близько 40 *біт/с*, тобто, набагато порядків нижче, ніж той, що переданий рецепторами.

Порівняння темпу подачі інформації на рівні периферичних нервів S та свідомого сприйняття R

Сенсорна система	Кількість рецепторів	Кількість афферентів	Загальний темп, S , <i>біт/с</i>	Психофізична оцінка темпу, R , <i>біт/с</i>
Зорова	$2 \cdot 10^8$	$2 \cdot 10^6$	10^7	40
Слухова	$3 \cdot 10^4$	$2 \cdot 10^4$	10^5	30
Тактильна	10^7	10^6	10^6	5
Смакова	$3 \cdot 10^7$	10^3	10^3	1(?)
Нюхова	$7 \cdot 10^7$	10^5	10^5	1(?)

Тут доцільно ще раз повернутися до запропонованого вище нового виду основного рівняння психофізики. Так, при розгляді рівняння ми зазначали, що його перевагою є саме облік відмінності між інформацією, що надходить на вході, і тією інформацією, яка засвоюється пам'яттю. Це рівняння враховує відмінність величини подразника, що заміряється приладами, та величини відчуття. Раніше було показано, що запис відношення Вебера у вигляді $\Delta R/I$ коректніший.

Диференціальний поріг відчуття

Диференціальний поріг відчуття ΔR_0 визначається мінімальною відмінністю інтенсивності двох подразників, яку (відмінність) можна розпізнати за різницею у відчуттях. Припускаємо, що прихований період реакції не змінюється від абсолютної величини стимулу, тобто вважатимемо, що незалежно від абсолютного значення стимулу (але обов'язково більшого на ΔR_0 від вихідного) реакція на цей більший стимул дорівнює латентному періоду. Якщо секундний прихід інформації при дії подразника постійний і дорівнює $\dot{R} = dR/d\tau$, то тоді за прихований час τ_* її прийому та переробки до пам'яті людини надійде така кількість інформації:

$$\tau_* \dot{R} = \dot{R} T \ln(1 + \varphi / \dot{R} T)$$

Це кількість інформації і визначатиме диференціальний поріг відчуття:

$$\Delta R_0 = \dot{R} T \ln(1 + \varphi / \dot{R} T) \quad (2)$$

Як видно, основними параметрами, що визначають диференційний поріг відчуття ΔR_0 , є: темп надходження інформації подразника \dot{R} , кількість засвоєної інформації φ , що зберігається досить довго в пам'яті, постійна процесу переробки інформації в пам'яті T . Якщо ввести параметр чутливості $p = \varphi / \dot{R} T$, то отримуємо вираз

$$\Delta R_0 = \dot{R} T \ln(1+p) \quad \text{або} \quad \Delta R_0 / \dot{R} T = \ln(1+p)$$

Тут доречно повернутися до значення параметру φ , теоретично введеного нами ще 1982 р., як до величини, яка служить певним «еталоном», «стандартом» порівняння інформації, що отримується. Ми раніше показали, що цей параметр може бути *мірою* відчуттів - подразнень. Можна помітити, що аналогічні величини розглядалися багаторазово і як зразки стимулу, і як

внутрішній референт, згідно якого виникає судження про присутність стимулу, і як величина, що служить для встановлення *ледь помітних відмінностей* деякого стимулу від зразка. Але результати експериментів показували, що не один, а два стимули дають відчуття цієї ледь помітної відмінності [Link S., 1992]: один із порівнюваних стимулів представлявся ледь помітно відмінним від еталонного, коли величина цього стимулу збільшувалася в порівнянні з еталоном, інший - коли зменшувалася. Як ми вже бачили, наше тлумачення аналогічне відомим величинам граничного значення інформації φ дає можливість визначити її за параметрами альфаритму мозку, не прив'язуючи її до психофізичних експериментів.

Константа Вебера

Широко відома на практиці константа Вебера K є відношенням величини збільшення, необхідного для появи у спостерігача враження ледь помітної відмінності до вихідного подразника R :

$$K = \Delta R_0 / R \quad (3)$$

Це ставлення є основою другого постулату Г. Фехнера, згідно з яким, чим більша абсолютна величина подразника R , тим більша потрібна для одного й того ж відчуття величина його збільшення ΔR . Визначимо значення K для деяких окремих випадків, що піддаються теоретичному розрахунку.

Спочатку знайдемо K для випадку *абсолютного нижнього порогу* чутливості, коли мінімальна величина подразника

$$R_0 = \varphi + \Delta R_0,$$

тобто, для $K = K_0$:

$$K_0 = \Delta R_0 / R_0 = \Delta R_0 / (\varphi + \Delta R_0) = \{ 1 + \varphi / [RT \ln(1 + \varphi / RT)] \}^{-1} \quad (4)$$

Вводячи параметр чутливості p , остаточно отримаємо наступну формулу для дроби Вебера:

$$K_0 = 1 / [1 + p \ln(1 + p)] \quad (5)$$

Ця формула показує, що константа Вебера є лише функцією критерію чутливості p . З його зростанням K_0 зменшується до значень $p < 2$. При $p > 2$ падіння константи Вебера стає більш інтенсивним. Аналіз граничних випадків цієї формули показує, що при $p \rightarrow 0$ $K_0 \rightarrow 0.5$; при $p \rightarrow \infty$ $K_0 \rightarrow 0$. Значення коефіцієнта K_0 функції параметра p наведені в табл. 2 та на рис.1 (крива 1). Добре видно нелінійний характер цієї залежності.

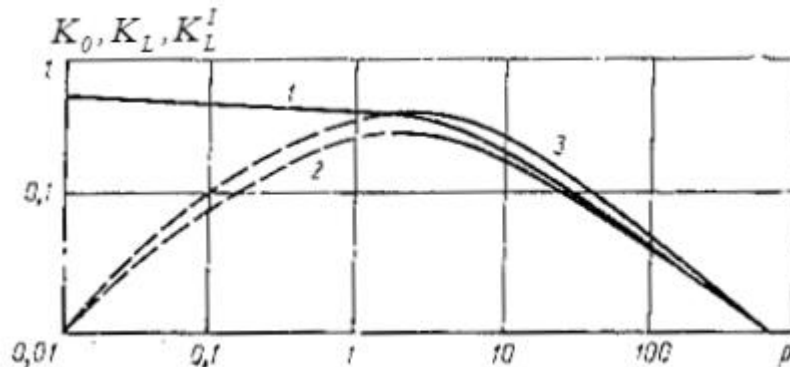


Рис. 1. Значення констант Вебера для нижнього (1) та верхнього порогів чутливості згідно розрахунків за формулами: 1 – (3.40); 2 – (3.44); 3 – (3.46)

Таблиця 2

Числові значення коефіцієнтів Вебера

p	0.01	0.05	0.1	0.5	1	2	5	10	20
K_0	0.5	0.49	0.488	0.448	0.409	0.35	0.264	0.193	0.132
K_L	0.01	0.044	0.08	0.213	0.257	0.268	0.23	0.19	0.132
K'_L	0.01	0.046	0.087	0.27	0.35	0.366	0.32	0.22	0.145

Наведені значення константи Вебера неможливо порівняти з конкретними експериментальними даними. Можна лише порівняти отриманий діапазон його значень із наявними даними дослідів. Співпадіння за верхньою межою $K=0.5$ - абсолютне.

Зазначимо, що чутливість аналізатора визначається як $E=1/R_0$, тобто:

$$E = [\dot{R}T \ln(1 + \varphi / \dot{R}T) + \varphi]^{-1}$$

або:

$$E = [\varphi(1 + \ln(1 + p)/p)]^{-1} \quad (6)$$

Як видно з останньої формули, чутливість аналізатора напряму залежить від φ , але більш складним чином.

Константу Вебера для верхнього порогу чутливості знайдемо з таких міркувань. Якщо скористатися основним рівнянням збереження потоку інформації у такому вигляді:

$$dI/d\tau = \dot{R} - (I - \varphi)/T, \quad (7)$$

то верхній поріг чутливості визначається умовою обмеження надходження додаткової інформації до пам'яті, тобто умовою $dI/d\tau=0$. Підставляючи це значення, знаходимо величину верхнього порогу чутливості $I=I_L$:

$$I_L = \dot{R}T + \varphi \quad (8)$$

Константа Вебера для даного випадку дорівнюватиме:

$$K_L = \Delta R_0 / (I_L + \Delta R_0) = [1 + (1+p) / \ln(1 + p)]^{-1} \quad (9)$$

Значення K_L наведено у табл. 3.11 та на рис. 2. Як видно, величина константи Вебера для верхнього порогу чутливості.

Таблиця 3.

Порівняльні характеристики аналізаторів

Аналізатор	Абсолютний поріг	Диференціальний поріг	K	τ, c	p	$\dot{R}, од/с$	T, c
Зоровий $\dot{R}=3 \cdot 10^6, бім/с$	$4 \cdot 10^{-9} \dots 10^{-3} лк$ $\lambda = 380-760$ <i>нм</i>	$4 \cdot 10^{-11} \dots$ $10^{-5} лк$	0.01	0.16 0.22	650	$2 \cdot 10^{-10}$ $5 \cdot 10^{-5} лк/с$	0.03
Слуховий $\dot{R}=2 \cdot 10^4 \dots 5 \cdot 10^4$	$2 \cdot 10^{-4} дин/см^2$ $16 \dots 22000 Гц$	$0.3 \dots 0.7 дБ$	0.1	0.15 0.16	31	$10 дБ/с$	0.04
Нюховий $\dot{R}=10 \dots 100$ <i>бім/с</i>	$0.001 \dots 1 мг/с$	$1.6 \cdot 10^{-4}$ $0.5 мг/л$	0.16... 0.5	0.31...1	127	$1.5 \cdot 10^4$ $1 мг/лс$	0.03
Температурний $\dot{R}=2 \cdot 10^3$	$0.2 \dots 0.4 град$	$5 \cdot 10^{-3} \dots 3.6 \cdot 10^{-3}$	0.15 0.2 0.025...0.09	0.28...1.6	63	$0.005 \dots 0.1$ <i>гр/с</i>	0.14
Тактильний $\dot{R}=2 \cdot 10^5 бім/с$	$3 \dots 300 мг/мм^2$	$0.2 \dots 90$ $мг/мм^2$	0.03 0.07 0.3	0.09 0.22	52	$1 \dots 900$ $мг/мм^2с$	0.04
Смаковий $\dot{R}=10 бім/с$	$10 \dots 10^4 мг/л$	$2 \dots 2 \cdot 10^3 мг/л$	0.2...1.2		8		
Вестибулярний	$0.1 \dots 0.12 м/с^2$		0.52	0.26...0.4			
Кінестетичний			0.0025...0.09				

має максимум $K_{Lmax} = 0.269$ у точці, яка перебуває з умови рівності нулю похідної $\partial K_L / \partial p = 0$:

$$p_{max} = (\varphi / \dot{R}T)_{max} = 1.718 \quad (10)$$

Як бачимо, при $p > 8$ значення констант Вебера збігаються, тобто, можна дійти невтішного висновку, що у цьому діапазоні зміни параметра p постулат Фехнера діє (константа Вебера залежить від інтенсивності вихідного подразника).

До близького результату приводять і розрахунки за деякою спрощеною формулою для K_L' , що відповідає наступному наближенню:

$$K_L' = \Delta R_0 / I_L = \ln(1+p) / (1+p) \quad (11)$$

Графік залежності K_L от критерия p наведено на рис.2. Для деяких випадків залежність константи Вебера дається від інтенсивності подразника R . Цю залежність можна оцінити за допомогою наведених формул, замінивши p на величину $p = \varphi / \dot{R}T =$

$$\tau / \bar{R}, \text{ где } \bar{\tau} = \tau / T; \bar{R} = I / \varphi.$$

Тоді будь-яка залежність представлятиме (з відомою часткою умовності для фіксованого безрозмірного часу $\bar{\tau}$) зв'язок $K = f(\bar{R})$.

Дроб Вебера

Дроб Вебера, як відомо, представляє відношення $\Delta R_0/I$. Якщо скористатися формулами, то нескладно із зазначеного відношення отримати наступний вираз для цього дробу:

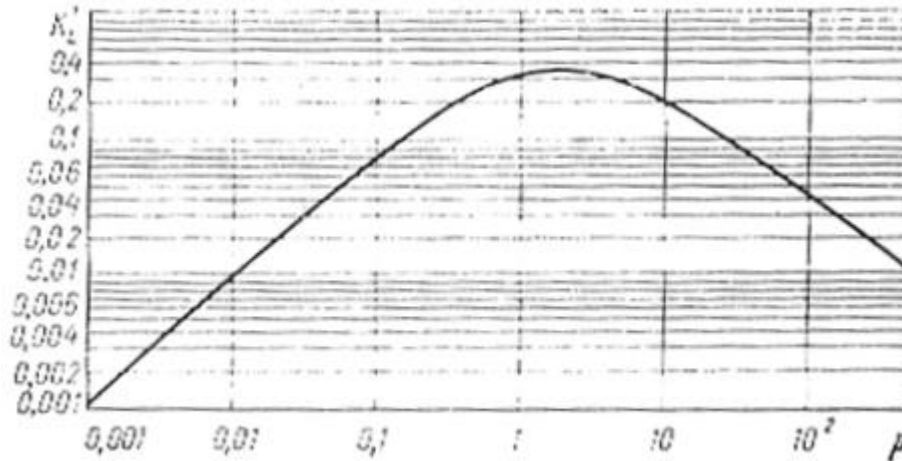


Рис. 2. Залежність константи Вебера K_L' від критерію p

$$\Delta R_0/I = K'_L / \{1 - \exp[-p(R/\varphi - R^*/\varphi)]\} = f(p, \bar{R}, \bar{R}^*)$$

або при $R^*=0$ маємо

$$\Delta R_0/I = \{\ln(1+p)/(1+p)\} [1 - \exp(-pR/\varphi)] \quad (12)$$

Як очевидно з цієї формули, дріб Вебера залежить від незалежної змінної $\bar{R} = R/\varphi$ - відносної величини стимулу і від параметру чутливості p . Розрахунки за цією формулою представлені на рис. 3. при різних значеннях p . У разі зростання величини стимулу дріб Вебера прагне до константи Вебера.

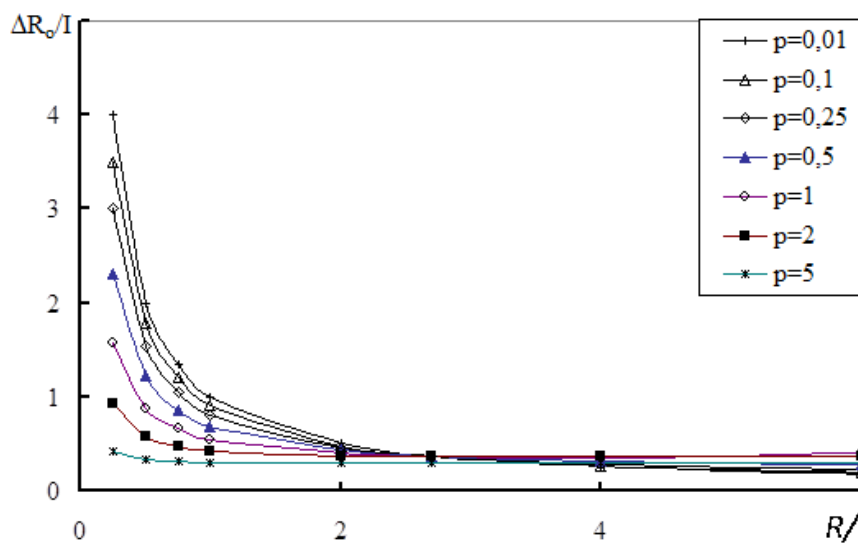


Рис. 3. Залежність дробу Вебера $\Delta R_0/I$ від безрозмірного стимулу R/φ при різних значеннях параметру p

Чутливість сенсорних систем людини: теорія та експеримент

На відміну від константи Вебера теоретичний розрахунок дробу Вебера за формулою (12) може бути перевірений порівняно численними дослідженнями. Тому розглянемо наявні експериментальні характеристики різних аналізаторів людини.

1. Відмінність яскравостей передбачає знання як абсолютних, так й різницевого порогів. Яскравий діапазон світлового сигналу змінюється від абсолютного порога світлоти ($10^{-5} \dots 10^{-6} \text{ кд/м}^2$) до дуже високих значень (до 10^6 кд/м^2). Зорові відчуття спостерігача можна описати двома величинами: абсолютним значенням яскравості сигналу та відмінністю по світлоті при зміні яскравості сигналу. Г. Фехнер, який взяв за основу закон Вебера про сталість відношення збільшення яскравості ΔR сигналу, необхідної для відчуття ледь помітної зміни у світлоті, до початкового рівня яскравості I : $\Delta R/I = \text{const}$, доповнив його двома положеннями: а) всі ледь помітні відмінності суб'єктивно рівні та можуть бути одиницею вимірювання світлоти; б) абсолютний поріг світлоти характеризується нульовим відчуттям.

Експериментальні вимірювання характеристик світлових сигналів показали, що кількісний зв'язок між інтенсивністю світлового сигналу та величиною відчуття R у вигляді функції $R = a \log I + b$ (a и b – одиниці масштабу) виконується лише середніх рівнів інтенсивності світлового сигналу, оскільки лише тут справедливий закон Вебера [Соколов, Ізмайлов, 1984]. Дослідження Стейнхарта та інших показали, що збільшення дробу Вебера при великих інтенсивностях фону викликається або крайнім збільшенням площі фонового стимулу, або значними розбіжностями в тривалості тестового і фонового стимулів (досліди Келлера за [Соколов, Ізмайлов, 1984]). Тому вважається встановленим, що для світлоти у звичайних умовах дріб Вебера $\Delta R/I$ являє собою монотонно спадаючу функцію від вихідного рівня I , що переходить у плато.

Широко поширене експериментальне визначення відношення $\Delta R_0/I$, величина якого залежить від багатьох факторів, зокрема від освітленості, величини тест-об'єкта, ступеня контрасту між подразником і фоном, від нестачі кисню (наприклад, при підйомі людини на деяку висоту), спектру світла (характеризується довжиною хвилі ЕМВ). Як показали розрахунки та їх аналіз, вплив усіх цих факторів можна кількісно визначити за формулою (12), причому цей вплив насамперед позначається на величинах φ , p , $\dot{R}T$.

Для визначення залежностей φ та $\dot{R}T$ від довжини хвилі світла використовуємо експериментальні дані С. Гехта, Дж. Пескіна та

М. Петта щодо розрізнення людиною червоної, помаранчевої, жовтої, зеленої та синьої частин спектру, а також результати Кеніга та Бродхуна для світлових сигналів різного спектрального складу (за [Соколов, Ізмайлов, 1984]). Треба сказати, що експерименти різних авторів кількісно відрізняються один від одного, що, очевидно, пов'язано з відмінними умовами проведення дослідів (за довжиною хвилі світла та точності вимірювань). Порівняння експериментальних даних і розрахунків (12) представлено на рис. 4 для червоного світла. Як бачимо, розрахунки при $p = 0.085$ та $\varphi = 1$ од (крива 4) досить добре описують перебіг експериментальних кривих 3. Гехта зі співр.

Вплив вихідного *рівня яскравості* на величину відносного диференціального порогу за даними різних авторів [Смоляров, 1982] показано на рис. 4 - 5.

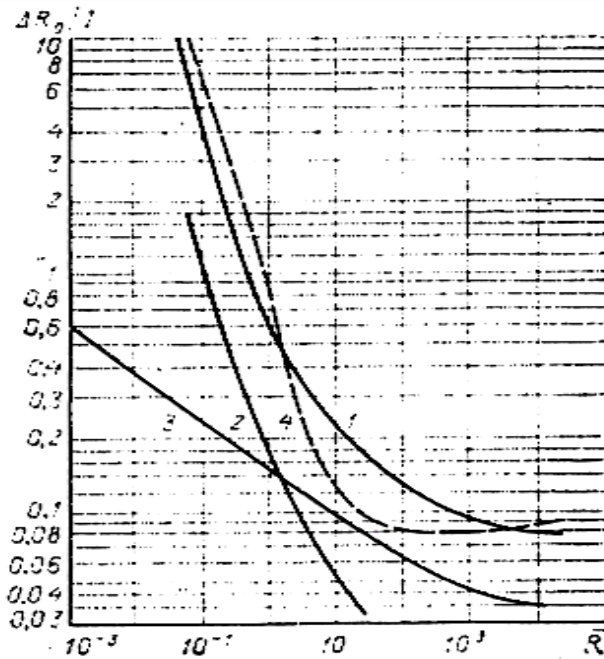


Рис. 4. Криві ходу дробу Вебера для червоного кольору за експериментальними та розрахунковими даними: 1-3 - експериментальні дані С. Гехта зі співр. ($\lambda=670$ мкм), Кеніга та Бродхуна, Холуея та Пратта ($\lambda=650$ мкм); 4 - розрахунок при $p = 0.085$ и $\varphi = 1$ од.

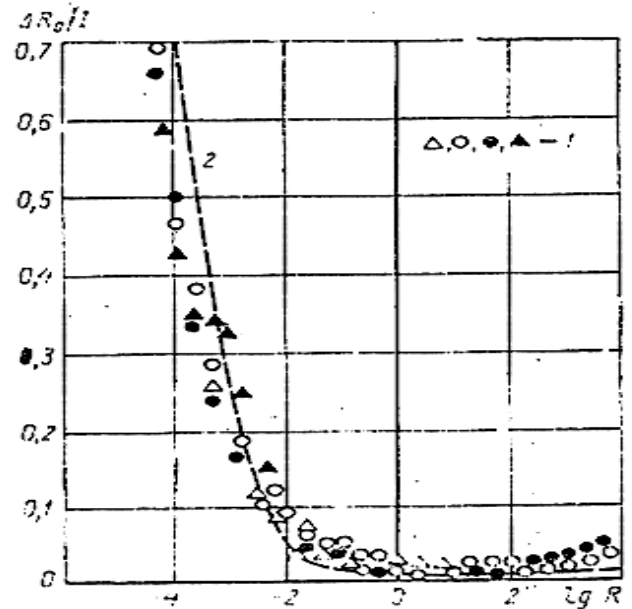


Рис. 5. Залежність диференціального порогу від початкового рівня яскравості:

1 - досліді Обера, Кеніга, Бродхуна, Блантера; 2 - розрахунок за формулою

Там же дана розрахункова крива, отримана за (12) при $p = 0.0155$ и $\varphi = 2 \cdot 10^{-4}$ кд/м². Показано гарне узгодження теоретичних та експериментальних результатів. На жаль, привести розрахунки для досвіду інших авторів важко через відсутність необхідних вихідних

даних. Повна обробка відомих у літературі дослідів представлена в табл. 4.

Аналіз отриманих результатів показав, що величини, що входять до розрахункових формул \dot{RT} , p та φ залежать від довжини хвилі світла λ . Відповідні залежності параметрів φ и \dot{RT} от λ представлені на рис. 6. Апроксимація результатів обробки цих дослідів дозволила подати ці залежності у такому вигляді

$$\varphi = I_1 \exp(\theta\lambda) \quad \text{та} \quad \dot{RT} = r_1 + r_2\lambda,$$

де $I_1 = 6.6 \cdot 10^{-8}$ од; $\theta = 0.025 \text{ с}^{-1}$; $r_1 = 32$ од; $r_2 = -0.03 \text{ нм}^{-1}$

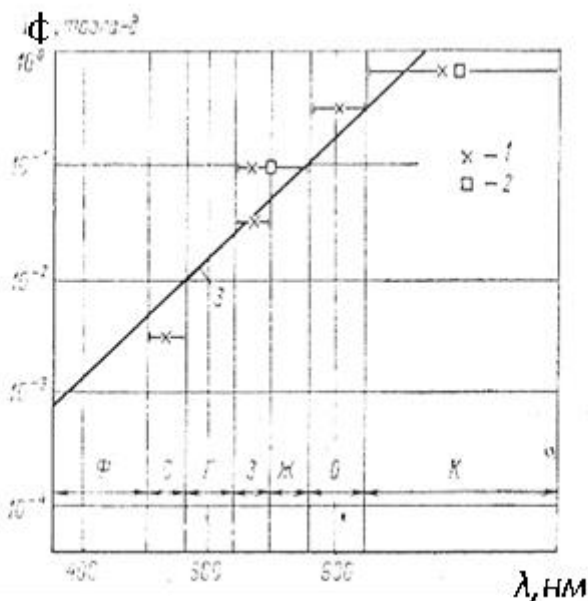
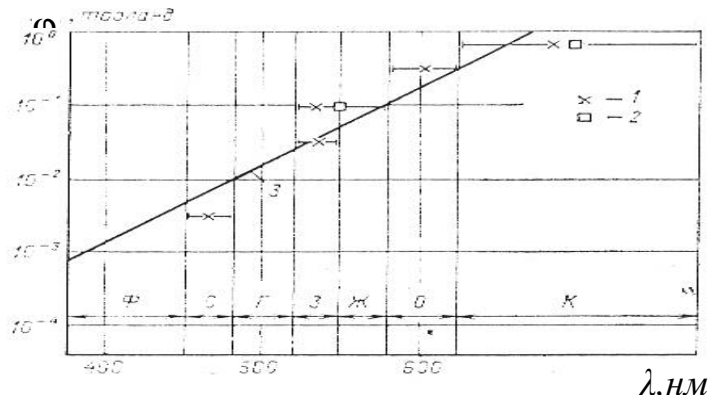


Рис. 6. Залежність параметру φ від довжини світла для різних кольорів: 1 – обробка дослідів С. Гехта зі співр.: Φ – фіолетовий колір, С – синій, Г – голубий, З – зелений, Ж – жовтий, О – помаранчевий, К – червоний; 2 – Кенига та Бродхуна; 3 – розрахунок за формулою $\varphi = 6.6 \cdot 10^{-8} \exp(0.025 \lambda)$

Апроксимація даних за параметром p призвела до різних результатів: досліди З Гехта та ін. свідчать про пряму пропорційність

$$p = 0.057 + 2.2 \cdot 10^{-4} \lambda$$

в той час як обробка дослідів Кенига та Бродхуна дала результат $p = 0.0215$ (см. рис. 8). Через обмеженість даних за вихідними величинами і умовами проведення зазначених дослідів, нині важко сказати конкретніше, оскільки необхідні подальші дослідження у цьому напрямку.



В експериментах С. Грехема (за Соколовим та Ізмайловим) досліджувався вплив часу *тривалості стимулу* $\Delta\tau$ на перебіг функції $\Delta R_0 / I = f(R)$. Результати обробки цих експериментів та розрахунки за формулою (12) представлені в табл.4. Розрахунки проводилися при підібраних значеннях множення RT , а величина p знаходилася за межами значення коефіцієнта K'_L , який виходить як межа $p \rightarrow \infty$. Це дозволило обчислити величину ϕ . С. Грехем визначив дробу Вебера для різних часів тривалості стимулу

Таблиця 4

Значення дробу Вебера з дослідів та розрахунок для зорового аналізатора

$\lg R$	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	$\frac{\phi^{min}}{\phi^{max}}$	p	$RT, \text{ед}$
Синій*	0.45	0.2	0.12	0.05	0.03	0.02	0.02	0.02	0.005	0.0215	0.23
Синій**		2 0.4 9	5 0.06	5 0.02	0.021	0.02	0.02	0.02			
Білий*	0.9	0.5	0.25	0.1	0.035	0.022	0.02	0.02	0.01	0.0215	0.465
Білий**		5 0.9 7	0.11	0.02 4	0.021	0.02	0.02	0.02			
Жовто - зелений**		0.9	0.4 0.97	0.14 0.11	0.045 0.24	0.023 0.0208	0.02 0.02	0.02 0.02	0.1	0.0215	4.65
Червоний*				0.22	0.055	0.025	0.02	0.02	2	0.0215	46.5
Червоний**				0.97	0.11	0.0236	0.020 8	0.02			
Червоний***				0.63	0.224	0.126	0.089	0.07	1/1	0.085	11.8
Червоний**				1 0.92	0.13	0.075	0.075	9 0.07 5			
Помаранч.**				0.7	0.224	0.14	0.11	0.08	1/0.5	0.095	10.5
Помаранч.**				0.91	0.135	0.083	0.083	9 0.08 3			
Жовтий***				0.66	0.211	0.148	0.1	0.07	/1	0.085	11.8
Жовтий**				1 0.92	0.13	0.075	0.075	6 0.07 5			

Зелений*				0.56	0.126	0.071	0.05	0.04	0.05/1	0.058	17.2
Зелений*				0.95	0.121	0.053	0.053	5 0.05 3			
Синій***				0.5	0.16	0.063	0.045	0.03	0.005/	0.045	22.2
Синій**				0.95	0.116	0.041	0.072	7 0.07 2	1		

* - досліді Кенига та Бродхуна; ** - розрахунок за формулою (12) за вказаними значеннями φ та p ; *** - досліді С. Гехта зі співр.

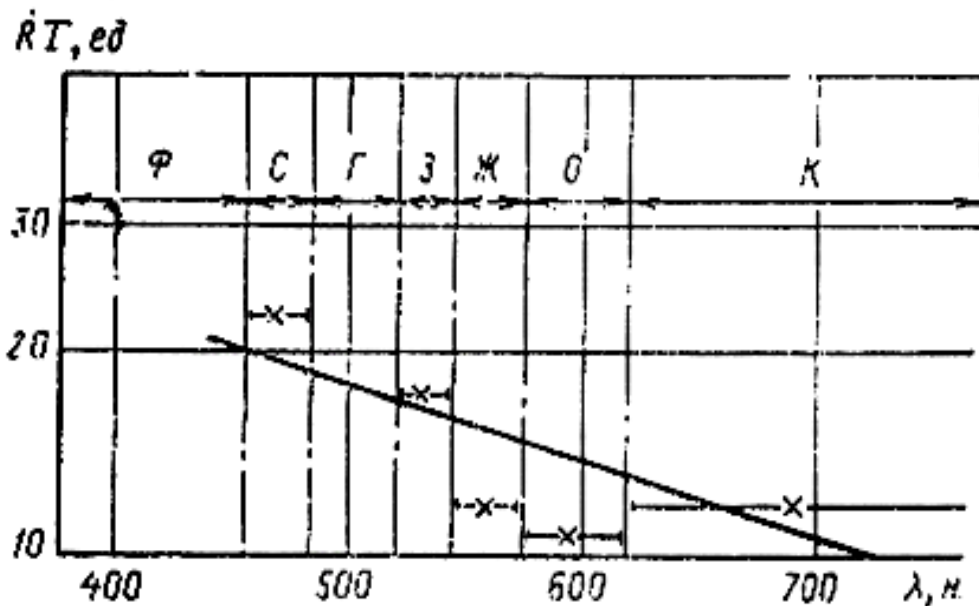


Рис. 7. Залежність множення $\dot{R}T$ від довжини хвилі світла (обробка дослідів С. Гехта): лінія – розрахунок за формулою $\dot{R}T=32-0.03\lambda$,

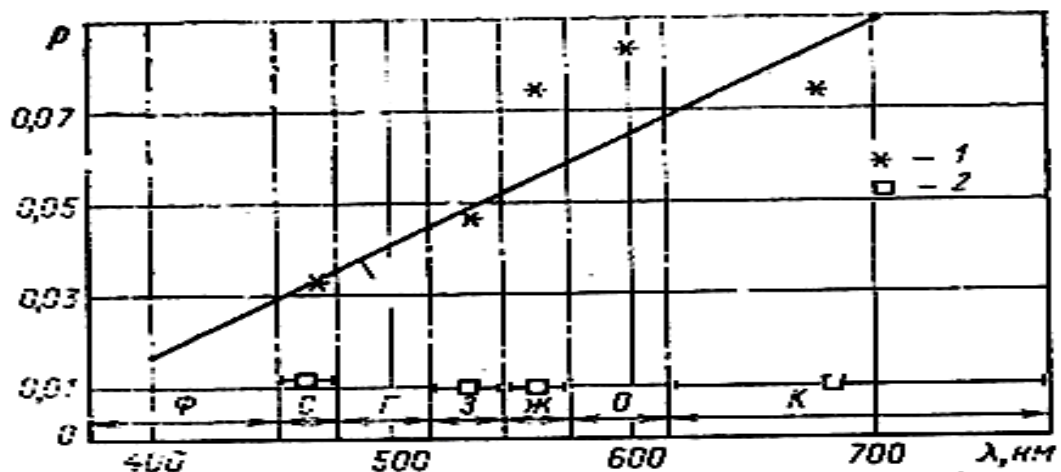


Рис. 8. Залежність параметру p від довжини хвилі для різних кольорів: 1 – обробка дослідів С. Гехта зі співр.; 2 – Кенига та Бродхуна; 3 – розрахунок за формулою $p=0.057+2.2 \cdot 10^{-4}\lambda$

Таблиця 5

Залежність дробу Вебера від початкового рівня яскравості щодо різних тривалостей стимулу (обробка дослідів З. Грехема)

lg R	-1.25	-0.75	-0.25	0.25	0.75	1.25	1.75	2.25	$\Delta\tau$ мин	p	φ	\dot{RT}
R	$5.6 \cdot 10^{-2}$	$17.8 \cdot 10^{-2}$	0.56	1.8	5.6	17.8	56	180				
ΔRT^*	22/33	7/10.5	5/3.5	2.2/1.2	1.26/0.5 4	0.7/0.38	0.6/0.37	0.56/0. 37	2/	2/2	10/	5/
ΔRT	5.9/10	3/5	1/58/1 .15	0.66/0. 46	0.45/0.2 8	0.31/0.2 6	0.316/0. 256	0.28/0. 256	5/	/0. 45	/1	/2.2 2
ΔRT	3/16/3/ 1	1/0.99	0.56/0 .35	0.26/0. 15	0.25/0.1	0.758/0. 1	0.12/	0.158/	13/			
ΔRT	1.58/1. 69	0.4/0.55	0.28/0 .19	0.17/0. 076	0.14/0.0 45	0.071/0. 042	0.05/	0.071/	30/	/0. 04 5	/0. 1	/2.2
ΔRT	0.5/0.8 8	0.126/0. 29	0.15/0 .1				0.04/0.0 38	0.035/	80/	/0. 04	/0. 05	/1.2 5
ΔRT	0.316/0 .87			0.05/	0.063/0. 053	0.04/0.0 42	/0.042		200 /	/0/ 04 5	/0. 05	/1.1
ΔRT	0.42/0. 36	0.158/0. 118	0.1/0. 059	0.07/0. 042	0.05/0.0 42		0.042/	0.045/	500 /	/0. 04 5	/0. 02	/0.0 44

* Чисельник (верхнє значення) - експеримент, знаменник (нижнє значення) - розрахунок дозволили знайти залежність множення \dot{RT} от $\Delta\tau$ (рис. 9). У першому наближенні апроксимація цієї функції дала наступний результат:

$$\dot{RT} = A \Delta\tau^m,$$

де $A = 7$ (якщо використовуються мс), $A = 0.44$ (для $\Delta\tau$ в с); $m = -0.4$.

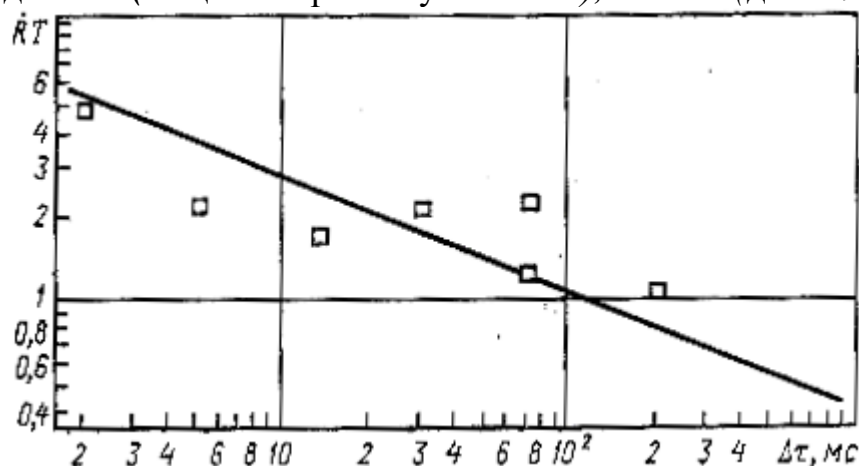


Рис. 9. Залежність множення \dot{RT} (с) від часу тривалості стимулу у дослідженнях Федорова щодо визначення величини дробу Вебера від початкового рівня яскравості

Обробка за допомогою представленої теорії експериментальних даних С. Грехема за впливом тривалості стимулу на перебіг функції $\Delta R_0 / I$ дала можливість за величинами \dot{RT} та p визначити параметр φ як функцію тривалості стимулу у випадку зорового аналізатора (див. рис.10)

$$\varphi = 0.005 / \Delta\tau$$

Маючи значення \dot{RT} и φ , можна визначити і параметр

$$p = 0.01 \Delta\tau^{0.6}$$

Отримані значення p , \dot{RT} и φ дають можливість прогнозувати рух кривих $\Delta R_0 / I = f(p, R/\varphi)$, які визначають чутливість зорової системи до яскравості світла.

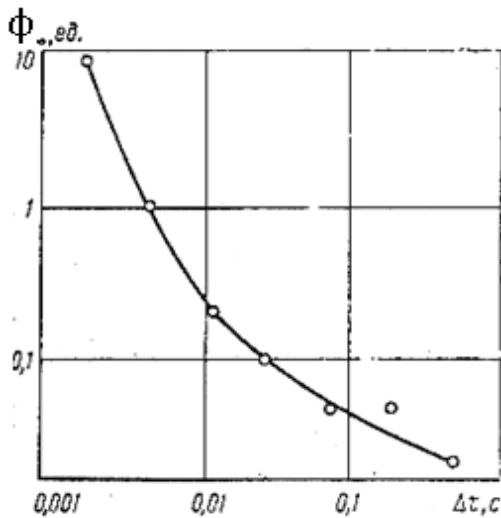


Рис. 10. Залежність параметра φ від тривалості стимулу

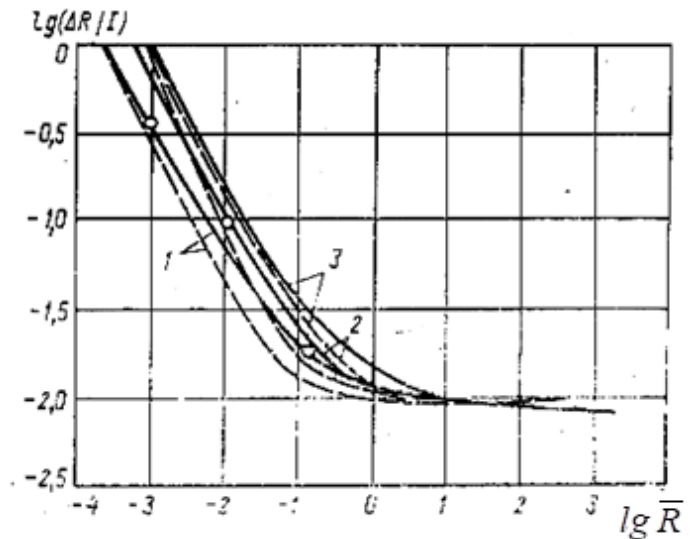


Рис. 11. Відношення між контрастом $\Delta R / I$, що ледве сприймається, і існуючим для кожної з трьох штучно створених висот над рівнем моря: 1 – $H = 0$; 2 – $H = 3.9$ км; 3 – $H = 6$ км; пунктир – розрахунок за формулою (12)

Відомо, що недолік кисню викликає в людини різну чутливість, Погіршення яркісної відмінності починається повільно і прискорюється після того, як досягнута значна висота над рівнем моря. Аноксія зрушує криву вздовж осі інтенсивностей. Порівняння чутливості для трьох різних висот за даними С. Гехта зі співр. представлено на рис.11. Нижня межа дробу Вебера, що представляє коефіцієнт K'_L , у цьому випадку близька до величини 0.009, що відповідає $p = 0.009$. Це дозволяє для визначення функції $\Delta R / I = f(\bar{R})$ використовувати також формулу (12). Як видно з рис. 11, при

середньому значенні $\varphi = 10^3$ млб розрахунок за (12) досить гарно описує дані С. Гехта зі співр. Обробка цих даних дозволяє більш точно зв'язати φ з висотою підйому над рівнем моря (див. рис. 12):

$$\lg \varphi = -3.35 + 0.1 H$$

2. Вплив *об'єктів, що рухаються*, характеризується мінімально помітною величиною швидкості руху об'єкта, різницею порогів (різними для прискорення і уповільнення). Порогові характеристики сприйняття прискорення та уповільнення можна розраховувати також за формулою (12). На рис. 13 представлені

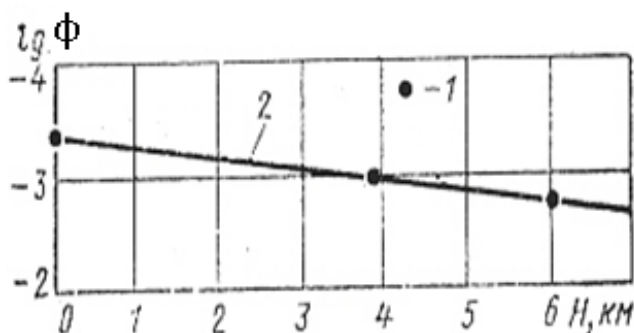


Рис. 12. Залежність φ від висоту підйому людини H , км:
1 - обробка досліджень С. Гехта зі співроб.; 2 - розрахунок за $\lg \varphi = -3.35 + 0.1 H$

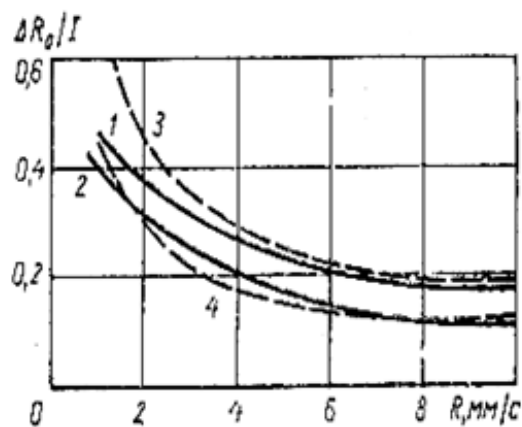


Рис. 13. Відношення між контрастом $\Delta R / I$, що ледве сприймається, і існуючим для кожної з трьох штучно створених висот над рівнем моря:
1 - $H = 0$; 2 - $H = 3.9$ км; 3 - $H = 6$ км;
пунктир - розрахунок за формулою (12)

Ці характеристики у вигляді залежностей щодо зміни величини швидкості, яка може бути помічена оком, від вихідної швидкості руху об'єкта за даними [Мейстер, Рабідо, 1970]. Розрахунки за (12) при $p=0.24$ (прискорення) та 0.15 (уповільнення) і відповідно при: $\varphi = 1$ мм/с и 0.5 мм/с досить добре узгоджуються з експериментами (див. рис. 13). Використання цих дослідних даних дозволило знайти і величину множення \dot{RT} , що дорівнює 4.17 для прискорення та 3.33 для уповільнення.

Задовільне узгодження теорії та експерименту (особливо при малих $\tau < 0.1$ с) дає їх порівняння для випадку дослідження *впливу тривалості спалаху* на її відносну інтенсивність, необхідну для її розрізнення. Співвідношення між тривалістю спалаху світла та його

відносною інтенсивністю показано на рис. 14 [Ломов, Петров, 1971]. Там же наведено і перебіг розрахункової кривої при $T = 0.55\text{с}$ і $K'_L = 0.366$.

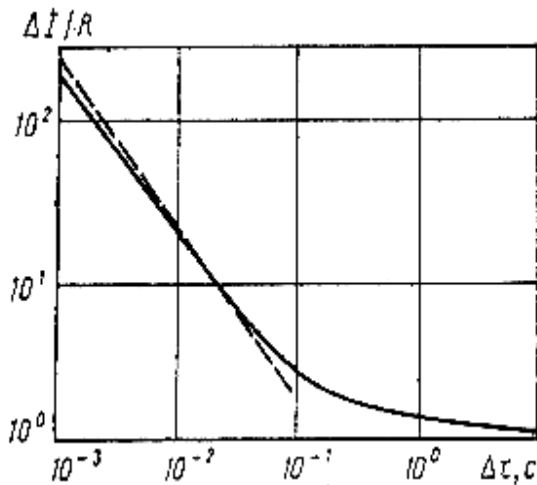


Рис. 14. Залежність відносної інтенсивності ледь помітного спалаху від її тривалості (в секундах): - досладження, -- розрахунок

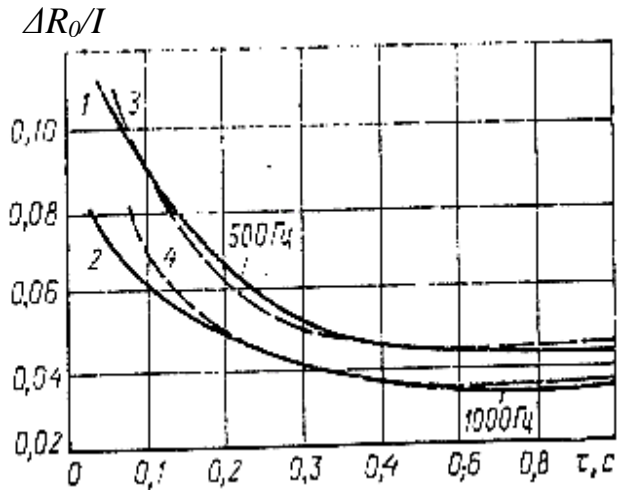


Рис. 15. Залежність диференційного порогу слухового аналізатора від часу пред'явлення звукового сигналу при рівні інтенсивності 40 дБ:

1 та 2 – досліди відповідно при $f = 500$ и 1000 Гц; 3 та 4 – розрахунок при $T = 0.15$ с и $K'_L = 0.045$ и 0.035

На зорові характеристики людини впливають і чинники, пов'язані з **перенавантаженнями**, що дуже важливо для космонавтів і льотчиків. Відомі експериментальні дані щодо впливу перенавантажень на зорову діяльність людини, зокрема на величину порогової яскравості. Для розрахунку цієї величини за допомогою формули

$$R_0 = \varphi + \dot{R}T \ln(1 + \varphi / \dot{R}T)$$

необхідно знати вплив навантажень на характерні параметри φ та T . Обробка дослідів за [Ломов, Петров, 1971] щодо впливу навантажень $\bar{j} = j/g$ на порогову яскравість [В. Прісняков, Л. Пріснякова, 1990] отримати наступні залежності для φ и T :

$$\bar{\varphi} = 0.9 + b 3^{\bar{j}-1}$$

$$\bar{T}_j = 0.98 + 0.02 e^{\bar{j}-1}$$

де $b = 0.1$ – для для фовеального зору, $b = 1.7$ – для периферичного зору, $\bar{\varphi} = \varphi/\varphi_j$; $\bar{T}_j = T/T_j$.

3. Диференціальний поріг *слухового аналізатора*, що визначається як здатність до розрізнення двох звукових сигналів за частотою, інтенсивністю і фазою, залежить від великої кількості різних факторів, у тому числі і від тривалості сигналу. Відомі досліди щодо залежності від диференціального порогу слухового аналізатора від часу пред'явлення звукового сигналу [Меньшов, 1971]. Припускаючи, що час пред'явлення τ пропорційний кількості «звукової» інформації, що надійшла до пам'яті людини, можна для опису цієї залежності використовувати запропоновану раніше формулу (12). Як видно із рис. 15 порівняння розрахунків по ній з дослідями в цьому випадку дає хороші результати. Зауважимо, що формула (12) відповідає залежності для порогового контрасту при необмеженому часі експозиції, наведеної у [Середа, 1976]:

$$K_{\tau} = K_{bc} / [1 - \exp(-\tau/T)]$$

де K_{bc} – величина порогового контрасту при $\tau \rightarrow \infty$; T - час реакції людини.

До аналогічних результатів ми приходимо після відповідної обробки дослідів роботи [Ломов, Петров, 1971] залежно від відносної величини мінімально помітної відмінності в частоті чистих тонів, що сприймаються людиною за різної тривалості сигналів (див. рис. 16). Результати розрахунків при вибраних значеннях параметру T дозволили побудувати графік залежності постійної часу від частоти f звукового сигналу, що подається, показаний на рис. 17. Цей графік можна приблизно апроксимувати залежністю

$$T = T_1 + bf,$$

де $T_1 = 0.2$ с; $b = 10^{-4} \text{с}^2$.

Частотні характеристики звуку сприймаються як відчуття висоти звуку. Слуховий аналізатор має досить високу чутливість до змін висоти звуку. Диференційна чутливість до зміни висоти тонів залежно від висоти звуків за даними [Ломов, 1982] представлена на рис. 18. Видно, що в широкому діапазоні частот розрахункова крива, отримана за допомогою формули (12) при $\phi = 125$ Гц і $p = 0.0016$ добре узгоджується з експериментальними даними².

² У [Зинченко, ред., 1974] наведено аналогічну криву за даними Харріса, в якій чисельні значення осі ординат відрізняються в 10 разів. Якщо ці дані є вірними, то для них розрахунок узгоджується з досвідом при $\phi = 0.018$ та $p = 122$ Гц.

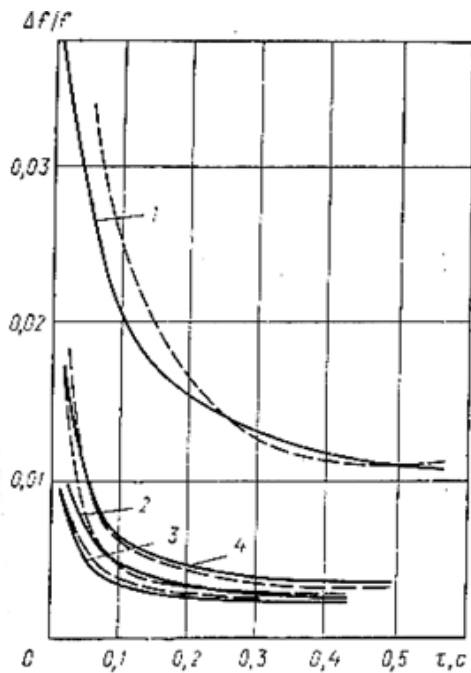


Рис. 16. Залежність відносної величини мінімально помітної різниці у частоті чистих тонів, що сприймаються людиною за різних тривалостей сигналів: обробка дослідів, 1 – 128 Гц; 2 - 800 Гц; 3 - 1024 Гц; 4 - 8192 -Гц; пунктир - розрахунок при $T = 0.2; 0.12; 0.06; 0.1$

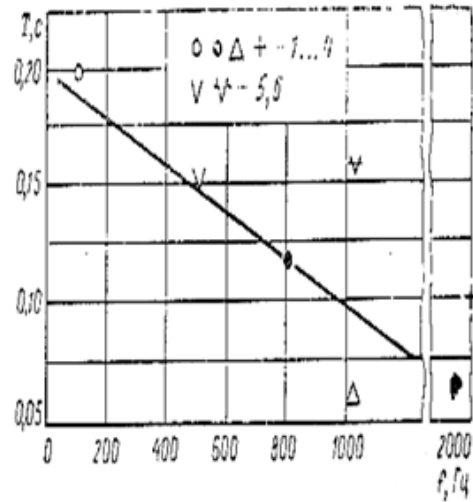


Рис. 17. Залежність постійного часу процесу обробки звукової інформації T від величини частоти f : 1 - 4 досліді [Ломов, Петров, 1971] відповідно при $f = 128; 800; 1024; 8192$ Гц; 5 - 6 - досліді [Меньшов, 1971] при $f = 500$ і 1000 Гц

4. На закінчення цього розділу зупинимося на ході кривих дробу Вебера для **різних аналізаторів** у функції від інтенсивності стимулу, вираженого у фізіологічних одиницях - у фехнерах (F). Порівняння розрахунків за формулою (12) з дослідями Холуея та Пратта підтвердило також її працездатність. На рис. 19-21 подані графіки залежностей дробу Вебера $\Delta R / I$ для зорового аналізатора (світло с $\lambda = 650$ мкм – крива 1), для нюхового (запах гуми – крива 2), для слухового (звук із частотою 1000 Гц – крива 3) – рис. 3.39; для смакового (рис. 20), для тактильного тиску (рис. 21).

На цих рисунках наведено розрахункові криві, отримані за формулою (12) за наступних значень параметрів p та φ : світло з $\lambda = 650$ мкм: $p = 0.04$; $\varphi = 50 F$; запах гуми - $p = 0.12$; $\varphi = 10 F$; звук із частотою 1000 Гц: $p = 0.12$; $\varphi = 1 F$; смак NaCl: $p = 2$; $\varphi = 30 F$;

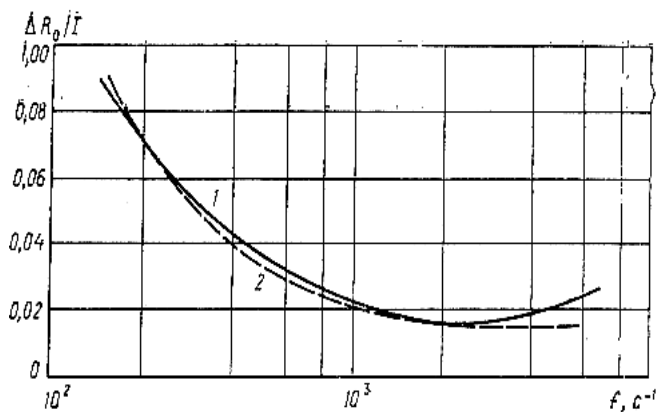


Рис. 18. Графік залежності константи Вебера від частоти звуку: досліди за [Ломов, 1982] и розрахунки за (12) при $\varphi = 125$ Гц та $p = 0.0016$

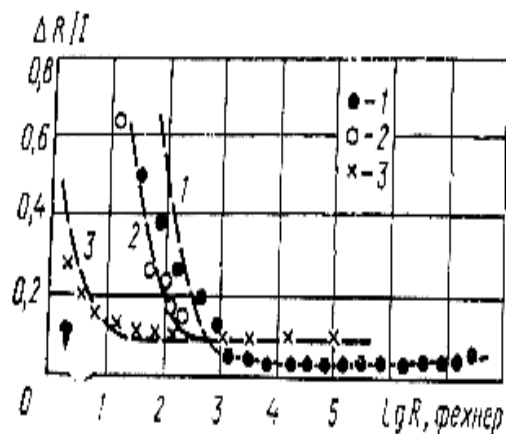


Рис. 19. Залежність дробу Вебера від інтенсивності стимулу - досліди Холуея-Прагта та розрахунки за (12): для світла з $\lambda = 650$ мкм при $p = 0.04$; $\varphi = 50 F$ - 1; для запаху гуми - розрахунок при $p = 0.12$; $\varphi = 10 F$ - 2; для звуку із частотою 1000 Гц розрахунок при $p = 0.12$; $\varphi = 1 F$ - 3

тактильний тиск: $p = 0.16$; $\varphi = 0.2 F$. Ці та інші дані наведено також у табл. 6. За допомогою отриманих значень величин параметрів p і φ можна прогнозувати перебіг характеристик чутливості людини для різних аналізаторів.

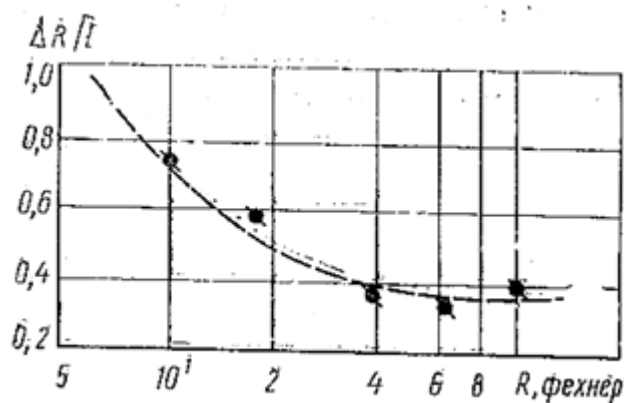


Рис. 20. Залежність дробу Вебера від інтенсивності стимулу для смаку NaCl за даними Холуея та Прагта: пунктир - розрахунок при $p = 2$, $\varphi = 30 F$

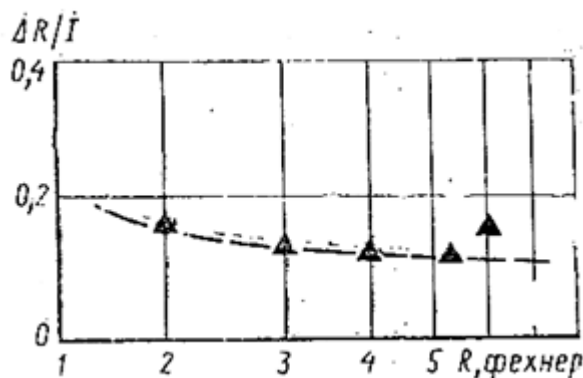


Рис. 21. Залежність дробу Вебера від інтенсивності стимулу для тактильного тиску за ланими Холуея та Прагта: пунктир - розрахунок при $p = 0.16$, $\varphi = 0.2 F$

Таблиця 6.

Значення параметрів p , φ и \overline{KT} для різних типів аналізаторів (обробка дослідів за допомогою формули (12))

Тип аналізатора	p	φ	K'_L	\overline{KT}, c
Сприйняття прискорення	0.24	1 мм/с	0.17	4.17
Сприйняття уповільнення	0.15	0.5 мм/с	0.12	0.33
Сприйняття частоти звуку [Зінченко, 1974]	0.018	12 Гц	0.017	6667
Те саме [Ломов, 1982]	0.0016	125 Гц	0.0016	$7.8 \cdot 10^4$
Зоровий аналізатор, [Смоляров, 1982]	0.0155	$2 \cdot 10^{-4}$ кд/м ²	0.015	0.013
Те саме, [А. П'єрон]	0.0215	10^{-4}		
Те саме, [Ж. Піаже], $\lambda = 650$ мкм	0.04	50		
Те саме, червоне світло, $\lambda = 670$ мкм	0.085	1 трол.		
Нюховий, смак гуми	0.12	10 F		
Звук із частотою 1000 Гц	0.12	1F		
Смак NaCl	2	30 F		
Тактильний тиск	0.16	0.2 F		

Якщо спиратися на положення, що рівень використання математичних методів в тій чи іншій галузі науки є показником її зрілості, то з цієї точки зору психологія знаходиться на низькому ступеню свого розвитку. В сучасний час математика в психології використовується як метод статистичної обробки результатів психологічного експерименту і як спосіб представлення зв'язку між перемінними, які визначаються в дослідженні.

У сучасній психології чисто умовно можна виділити три напрямки її розвитку: **описова психологія** - яка заснована на отриманні та поясненні експериментального матеріалу, **математична психологія** – для вирішення задач із загальної психології методами сучасної математики, **детерміністська психологія**, яка дозволяє будувати математичні моделі психічних процесів та проводити експериментальні дослідження для перевірки цих моделей. Ми використовували для нашого дослідження третій напрямок, який відкриває перспективи в дослідженні психофізіологічних процесів.

