

АКАДЕМІЧНА СТУДІЯ

ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВИЙ
ЧАСОПИС
СТУДЕНТСЬКОГО НАУКОВОГО
ТОВАРИСТВА
"GAUDEAMUS"
ПрАТ "ВНЗ "МАУП"

Тезовий додаток до електронного наукового періодичного видання

«Психологічне здоров'я»

<http://maup.com.ua/ua/psiholog.html>

ISSN 2663-0672



**№ 1 (9),
№ 1 (9),
2020**

Матеріали I науково-практичної конференції

з міжнародною участю

***«РОЛЬ ЛІКАРІВ-ПСИХОЛОГІВ У ЗБЕРЕЖЕННІ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ»***

10 березня 2020 р.

№ 1(9)
2020

Заснований в 2020 році
Періодичність виходу
4 рази на рік
Рекомендовано Вченою
Радою Навчально-наукового
інституту міжнародних
відносин і соціальних наук
ПрАТ «ВНЗ

«Міжрегіональна Академія
управління персоналом»,
м. Київ (Протокол № 7 від 22
лютого 2018 р.)

До друку приймаються
наукові матеріали, що
відповідають вимогам до
публікації в даному
виданні.

Редакційна рада
підпорядковується
редакційній колегії журналу
«Психологічне здоров'я»,
самостійно здійснює
літературне та наукове
редагування матеріалів.

Відповідальність за добір та
викладення фактів в
публікаціях несуть автори, а
за зміст рекламних
матеріалів – рекламодавці.

Всі права стосовно
опублікованих матеріалів
залишено за редакцією.

Передрук можливий за згоди
редакції та з посиланням на
джерело.

Засновник –
ПрАТ «ВНЗ

«Міжрегіональна Академія
управління персоналом»
Адреса для кореспонденції:
Міжрегіональна Академія
управління персоналом
(МАУП)

03039 Київ-39,
вул. Фрометівська, 2, корп. 23
МАУП

Емейл:
doomsday4444@gmail.com
nina-k@ukr.net

РЕДАКЦІЙНА РАДА

ГОЛОВА РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ:

Д. Хохлова – студентка I курсу кафедри медичної психології
ПрАТ «ВНЗ МАУП»

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

О. Олексенко – магістр психології, фахівець кафедри
медичної психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП»

А. Зак – студентка II курсу кафедри психології ПрАТ «ВНЗ
МАУП», Голова СНТ «GAUDEAMUS»

В. Степаненко – студент I курсу кафедри медичної
психології ПрАТ «ВНЗ МАУП», староста студентського
наукового гуртка кафедри медичної психології

В. Заранін – студент I курсу кафедри медичної психології
ПрАТ «ВНЗ МАУП»

Г. Угбаджя – студент I курсу стоматологічного факультету
ПрАТ «ВНЗ МАУП»

Н. Шевченко – студент I курсу стоматологічного факультету
ПрАТ «ВНЗ МАУП»

А. Лебедєва – студентка III курсу кафедри психології ПрАТ
«ВНЗ «МАУП»

ЕКСПЕРТНА РАДА

ГОЛОВА ЕКСПЕРТНОЇ РАДИ:

О. В. Савчук – д.мед.н., професор, декан стоматологічного
факультету Інституту медичних і фармацевтичних наук ПрАТ
«ВНЗ «МАУП»

ЧЛЕНИ ЕКСПЕРТНОЇ РАДИ:

А. М. Грись – д. псих. н., професор, директор Навчально-
наукового інституту міжнародних відносин і соціальних наук
ПрАТ «ВНЗ «МАУП»

Н. В. Грабовенко – к. пед. н., доцент, заступник директора
Навчально-наукового інституту міжнародних відносин і
соціальних наук ПрАТ «ВНЗ «МАУП»

Н. В. Коляденко – д. мед. н., доцент, завідувач кафедри
загальномедичних дисциплін і психосоматики ПрАТ «ВНЗ
«МАУП», керівник студентського наукового гуртка кафедри
медичної психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП»

О. О. Древіцька – д. мед. н., доцент, завідувач кафедри
медичної психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП»

О. М. Макаренко – д. мед. н., професор, заступник завідувача
кафедри загальномедичних дисциплін і психосоматики

О. А. Філатова – д. мед. н., доцент, заступник завідувача
кафедри медичної психології

О. Л. Шопша – к. псих. н., доцент, завідувач кафедри
психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП»

Т. М. Вакуліч – к. псих. н., доцент, професор МКА, заступник
завідувача кафедри психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП»

О. Л. Турініна – к. псих. н., доцент кафедри психології ПрАТ
«ВНЗ «МАУП»

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВИПУСК: *Д. Хохлова*



Романенко Євген Олександрович – проректор МАУП, доктор наук із державного управління, професор, Заслужений юрист України

Як ми й обіцяли, з нового календарного року журнал «Академічна студія» виходить в оновленому форматі, тепер читайте улюблений часопис молодих науковців на сайті МАУП! Завдяки відкриттю медичних спеціальностей в МАУП, розширилася тематика журналу. Приємно, що до наукової роботи активно долучилися студенти-першокурсники, що засвідчує розвиток наукового потенціалу СНТ «GAUDEAMUS».



Древіцька Оксана Остапівна – доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри медичної психології ПрАТ ВНЗ «МАУП»

Оновлений випуск журналу «Академічна студія» вийшов цікавим і ґрунтовним. Тези доповідей, що прозвучали 10 березня на I-й науково-практичній конференції з міжнародною участю «Роль лікарів-психологів у збереженні репродуктивного здоров'я населення», привертають увагу до актуальної медико-соціальної проблеми та розкривають роль медичних психологів у її вирішенні. Особиста подяка директору Інституту психології імені Г. С. Костюка, академіку АПН України С. Д. Максименку – фундатору медичної психології в Україні – за сприяння проведенню конференції та змістовну доповідь, в якій було розкрито сутність життєвої енергії, підкреслено життєдайну силу любові.



Коляденко Ніна Володимирівна – доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін і психосоматики ПрАТ «ВНЗ «МАУП»

Ми давно планували перевести журнал «Академічна студія» в електронний формат, а дистанційне навчання в умовах карантину лише пришвидшило цей процес і підтвердило правильність такого рішення. Сподіваюся, що це наблизить журнал до читачів, сприятиме його популяризації, і в новому форматі журналу з'являться нові можливості для набуття досвіду й розкриття творчого потенціалу молодих науковців.

ПОСТ-РЕЛІЗ

10 березня в ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом» відбулася І Науково-практична конференція з міжнародною участю «Роль лікарів-психологів у збереженні репродуктивного здоров'я населення України», до проведення якої долучилися також Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Український НДІ соціальної та судової психіатрії МОЗ України, Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України, Університет імені святої цариці Тамари при патріархії Грузії, Європейська Академія природничих наук (Ганновер, ФРН), Асоціація арабських лікарів України, ДРУ «Всеукраїнський центр комплексної реабілітації осіб з інвалідністю», Благодійний громадський рух «Pro-life Україна», Спеціальна загальноосвітня школа «Надія». Медіапартнерами конференції стали Видавничий дім «Медкнига» та Науково-практичний журнал «Директор школи, ліцею, гімназії».



1)



2)

Медіапартнери конференції: Видавничий дім «Медкнига» (1) і Всеукраїнський науково-практичний журнал «Директор школи, ліцею, гімназії» (2)

Професія лікаря-психолога, започаткована в Україні в 2005 р., є однією з найбільш актуальних на сучасному ринку праці, зважаючи як на зростаючі потреби надання медико-психологічної допомоги різним категоріям пацієнтів, так і необхідність забезпечення психопрофілактичної та психогігієнічної діяльності.

Саме тому з 2019 р. в ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом» здійснюється підготовка магістрів із спеціальності 225 «Медична психологія». Майбутні лікарі-психологи взяли активну участь у підготовці та проведенні конференції.

Тема репродуктивного здоров'я була обрана не випадково: конференцію присвячено пам'яті лікаря-хірурга, видатного громадського діяча, професора з Хорватії Антуна Лісеця, який присвятив своє життя боротьбі за збереження життя дітей і полишив цей світ на Міжнародний день захисту дітей, 1 червня 2019 р., і професора А. П. Чуприкова – захисника дітей із психоневрологічними порушеннями здоров'я.

Також під час конференції згадали внесок у справу охорони материнства й дитинства святих подвижниць: св. Єлізавети Федорівни Романової, матінки Аліпії, засновниці Київського Свято-Покровського монастиря-лікарні св. Анастасії Київської (Олександрини Петрівни

Романової).

Конференція, відкрита ректором ПрАТ «ВНЗ «МАУП» Михайлом Федоровичем Гончаренком, почалася з молитовного благословення протоієрея, доктора богослов'я, завідувача кафедри українського православ'я ПраТ «ВНЗ «МАУП» о. Діонісія Мартишина.

Виступ директора Інституту психології імені Г. С. Костюка, фундатора спеціальності «Медична психологія» в Україні, академіка Сергія Дмитровича Максименка перетворився на справжню програмно-настановчу лекцію з проблеми взаємовідносин психологічних категорій мотивації, нужди та почуття любові, що є ключовим питанням формування морально-ціннісних орієнтацій майбутніх лікарів-психологів.



Перед початком конференції. Академік С. Д. Максименко із зав.кафедри медичної психології О. О. Древіцькою, професорами Т. М. Вакуліч і В.А. Траченко, керівником регіонального відділення Європейської Академії природничих наук Т.В.Чорною



Конференцію відкрито. На трибуні – академік С. Д. Максименко.

Завдяки скайп-зв'язку, на конференції було організовано виступ ректора Університету імені св. цариці Тамари при патріархії Грузії, архімандрита Адама (Ахаладзе), який розповів про значення професії лікаря-психолога в сучасному світі, організацію надання медико-психологічної допомоги в сфері репродуктивного здоров'я в системі охорони здоров'я Грузії, відповів на запитання аудиторії.



Онлайн-виступ о. Адама (В. М. Ахаладзе) – ректора Університету імені св. цариці Тамари при патріархії Грузії

Демографічну ситуацію в сучасній Україні та відповідні завдання лікарів-психологів щодо її покращення окреслила кандидат економічних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу досліджень і демографічної політики Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В.Птухи НАН України Світлана Юріївна Аксьонова.

Практичне спрямування мав виступ лікаря-гінеколога, президента Асоціації арабських лікарів України, кандидата медичних наук Джабара Туркі Рашидовича.



Президент Асоціації арабських лікарів України, к. мед. н., лікар-гінеколог вищої категорії Т.Р.Джабара під час конференції

Зворушливі почуття викликали документальні кадри медико-психологічного супроводу пологів, зроблені з урахуванням всіх біоетично-правових норм Царенок Оксаною Миколаївною – директором Школи материнства «Легке народження».

Формуванню позитивного настрою і акцентування важливості морально-етичних цінностей в нашому житті, підкресленню значимості завдань професійної діяльності лікарів-психологів щодо збереження репродуктивного здоров'я, охорони материнства й дитинства, сприяв пісенний виступ творчого дуету Олександра та Лілії Коняєвих.



Співають Олександр і Лілія Коняєви

Способам вирішення важливих практичних питань медико-психологічного консультування вагітних учасники конференції змогли навчитися завдяки майстер-класу психолога жіночої консультації Тетяни Генадіївни Гончаренко.



Майстер-клас із доабортного консультування проводить психолог жіночої консультації Т. Г. Гончаренко

Про неприпустимість абортів і діяльність громадського руху «Pro-Life Україна» щодо їх профілактики розповів координатор цього руху Єрух Олександр Феліксович.

Вдало дебютували на конференції молоді науковці ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом» - студентка III курсу спеціальності 053 «Психологія» Анастасія Лебедева, студенти I курсу спеціальності 225 «Медична психологія» Дарина Хохлова і Влад Степаненко, які сміливо підняли актуальні проблемні питання репродуктивного здоров'я населення України та окреслили завдання лікарів-психологів щодо їх вирішення.



Провідний співробітник Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В.Птухи НАН України С.Ю. Аксьонова і координатор громадського благодійного руху «Pro-Life Україна» О.Ф. Єрух під час конференції



Молоді науковці – студенти I курсу спеціальності 225 «Медична психологія» ПрАТ «ВНЗ «МАУП» Влад Степаненко і Дарина Хохлова – під час конференції

Важливим досягненням стало входження конференції до Реєстру МОЗ України, що надає лікарям, які взяли в ній участь, не лише можливість обміну досвідом із колегами, але й здобуття додаткових балів до атестації.

Тези доповідей, що прозвучали на конференції, опубліковано в даному випуску часопису «Академічна студія», а окремі матеріали конференції представлені більш докладно в статтях, надрукованих у електронному міжнародному журналі «Психологічне здоров'я» №1(4), з яким можна ознайомитися на сайті МАУП за наступним посиланням:

<http://maup.com.ua/ua/psiholog/vipuski2/4-2020.html>



Завідувач кафедри загальномедичних дисциплін і психосоматики ПрАТ «ВНЗ «МАУП», д.мед.н., доцент Н. В. Коляденко, доктор філософії в галузі психології Н. П. Фесенюк і студентка II курсу Аліна Зак під час конференції



Завідувач випускової кафедри медичної психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП», доктор медичних наук із спеціальності 225 «Медична психологія», доцент О.О.Древіцька

Оргкомітет конференції висловлює подяку керівництву ПрАТ «ВНЗ «МАУП» за дієву допомогу та підтримку в організації та проведенні конференції «Роль лікарів-психологів у збереженні репродуктивного здоров'я населення України», яка стала важливою подією в науково-педагогічному житті Міжрегіональної Академії управління персоналом і здобула позитивні відгуки вітчизняної та зарубіжної наукової спільноти.

**ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом»
запрошує абітурієнтів 2020 р. до вступу на навчання
зі спеціальності 225 «Медична психологія»,
яка є однією з найбільш востребуваних лікарських професій
у сучасному соціумі
й для опанування якої в ПрАТ «ВНЗ «МАУП»
створені всі необхідні умови!**

ПОВІДОМЛЕННЯ

В МАУП НАВЧАЮТЬ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ!!!

В ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом» з 2019 р. започатковано нову спеціальність галузі знань 22 «Охорона здоров'я»,- 225 «Медична психологія»
(Протокол №135 засідання Ліцензійної комісії МОН України від 23 травня 2019 р.).

ОГОЛОШЕННЯ

ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом» запрошує на навчання за спеціальністю 225 «Медична психологія»
(«Магістр медичної психології» галузі знань 22 «Охорона здоров'я» професійної кваліфікації «Лікар-психолог»)
Форма навчання: денна.

Тривалість навчання:

- на основі повної загальної середньої освіти – 6 років,
- для молодших спеціалістів галузі знань 22 «Охорона здоров'я» – 4 роки,
- для молодших спеціалістів галузі знань 05 «Соціальні та поведінкові науки» - 5 років.

Атестація здобувачів вищої освіти за спеціальністю 225 «Медична психологія» здійснюється у вигляді ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок 1» (складається після повного виконання навчального плану 3 курсу навчання), «Крок 2» (проводиться після повного виконання навчального плану магістратури), «Крок 3» (базується на освітньо-професійній програмі підготовки спеціаліста за лікарською спеціальністю 225 «Медична психологія» в інтернатурі (резидентурі) та складається під час навчання в інтернатурі (резидентурі), а також практично-орієнтованого іспиту з медичної психології (складається після повного виконання навчального плану 4 курсу навчання) та державного випускного іспиту з медичної психології (складається після повного виконання навчального плану магістратури).

Магістр медичної психології може продовжувати навчання для здобуття наукового ступеня «Доктор філософії в галузі психології» та здатний виконувати професійну роботу на посаді «лікар-інтерн» («лікар-резидент», «лікар-стажист»), а також вступати на різноманітні програми післядипломної освіти, спеціалізації, перепідготовки за іншими лікарськими спеціальностями.

Після підготовки в інтернатурі (резидентурі) та складання ліцензійного іспиту «Крок3», фахівець отримує кваліфікацію «Лікар-психолог» і може виконувати професійну роботу та займати відповідну первинну посаду в закладах охорони здоров'я.

РЕЗОЛЮЦІЯ КОНФЕРЕНЦІЇ

**Приватне акціонерне товариство «Вищий навчальний заклад «Міжрегіональна Академія управління персоналом»,
Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України,
Український НДІ соціальної та судової психіатрії МОЗ України,
Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України,
Університет імені святої цариці Тамари при патріархії Грузії, Європейська Академія природничих наук (Ганновер, ФРН),
Асоціація арабських лікарів України,
Благодійний громадський рух «Pro-life Україна»,
ДРУ «Всеукраїнський центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю»,
Спеціальна загальноосвітня школа «Надія»
та інші учасники**

**I-ї Науково-практичної конференції з міжнародною участю
«Роль лікарів-психологів у збереженні репродуктивного здоров'я населення»,
підсумовуючи її результати, уклали наступну**

РЕЗОЛЮЦІЮ:

- 1) Виклики сучасного суспільства привертають увагу до необхідності формування морально-ціннісних орієнтацій на основі усвідомлення ролі традиційної сім'ї, захисту життя людини від самого його початку, як основи репродуктивного здоров'я та збереження генофонду населення України
- 2) Розвиток сучасних наукових технологій має відбуватися з урахуванням норм моралі, права, біоетики, усвідомлення наслідків наукових експериментів для екології, оточуючого природного середовища, здоров'я та життя людини
- 3) Слід наголосити на пріоритетності людського життя, його недоторканості від моменту зачаття, усвідомленні абортів та евтаназії як форм убивства, що неприпустимі як для професії лікаря, так і для розвиненого цивілізованого суспільства
- 4) Реформування вітчизняної системи охорони здоров'я має відбуватися з урахуванням сучасних світових тенденцій, на основі кращих наробок вітчизняної медичної школи та усвідомлення місії лікарів у забезпеченні права кожної людини на збереження та відновлення репродуктивного здоров'я, доступність кваліфікованої та якісної медичної допомоги з урахуванням як фізичного та психічного, так і соціального й духовного параметрів здоров'я

5) Розуміння того, що слід лікувати не хворобу, а хворого, а також ефективності і водночас ризиків психологічного впливу, потребує розвитку професії лікаря-психолога, здатного працювати з різними контингентами пацієнтів самостійно та в складі мультидисциплінарних команд

6) Одним із провідних завдань лікарів-психологів у збереженні репродуктивного здоров'я населення слід назвати психогігієнічну та психопрофілактичну діяльність, формування психологічної готовності до сімейного життя та виховання дітей

7) Практика лікарів-психологів у сучасних умовах має бути тісно пов'язана з науковими дослідженнями, науковим супроводом і моніторингом, на основі доказової медицини і катамнестичних досліджень

8) Необхідність толерантного, гуманного та милосердного ставлення до пацієнтів незалежно від їх індивідуальних особливостей не повинна ототожнюватися зі змішуванням норми та патології, нівелюванням меж між ними, тому що такий підхід, декларуючи права пацієнтів, насправді позбавляє їх права на зцілення, повноцінне здоров'я

9) Розуміючи права людей на індивідуальні відмінності й толерантно ставлячись до права людини на особистісний вибір та власну відповідальність щодо способу життя й морально-ціннісних орієнтацій, вважати неприпустимим пропаганду відхилень і збочень - так само, як і суспільної ворожнечі та дискримінації за будь-якою ознакою,- що становить загрозу традиційним сімейним цінностям, дітонародженню, фізичному, психологічному та духовному здоров'ю як нинішнього, так і наступних поколінь, збереженню генофонду й розвитку генетичного потенціалу нації

10) Сприяти пропаганді здорового способу життя, традиційних сімейних цінностей, дбайливого ставлення до репродуктивного здоров'я як основи існування народу та держави



Антун Лісець (1957-2019) – професор із Хорватії, доктор медичних наук, лікар-хірург, керівник міжнародного громадського руху «PRO VITA» («PRO LIFE»), за віросповіданням католик. З 1983 р. читав лекції на теми християнської біоетики та медицини в багатьох країнах Європи, зокрема в Україні, яку дуже любив і переживав за її майбутнє.

Автор кількох фільмів, книг, чисельних брошур і роздаткових просвітницьких матеріалів, серед яких праця «Дитина – дар Божий» видана на понад 30 мовах, і фільм «Хорватія відмовляється від гріхів контрацепції, стерилізації, штучного запліднення й аборту», організатор консультацій для вагітних із метою попередження абортів в 40 містах Хорватії, ведучий постійних тематичних рубрик на радіо й телебаченні; навіть уже перебуваючи в лікарні зі страшним діагнозом і усвідомлюючи невтішний прогноз, прямо з палати дав кілька інтерв'ю та провів прес-конференцію – буквально в останні дні свого життя.

В Україну приїздив із радістю, був бажаним гостем наукових конференцій і симпозіумів, ніколи не відмовляв у виступах перед студентською аудиторією, під час яких іноді тривали бурхливі диспути, завдяки яким майбутні лікарі й психологи здобували та поглиблювали знання з біоетики, формувався їхній світогляд, стверджувалися морально-ціннісні орієнтації.

Антун Лісець, з яким нас пов'язували давні професійні стосунки, тісно співпрацював з МАУП, виступав по скайпу на науково-практичних конференціях, а також приїздив особисто – читав відкриті лекції, спілкувався зі студентами-гуртківцями медичної психології (див. фото).

Захисник життя від самого його початку, ревний поборник сімейних цінностей і основ біоетики, якому завдячують своїм народженням багато дітей в усьому світі, пішов до Бога в Міжнародний день захисту дітей. Пам'ять про видатного вченого і громадського діяча світового рівня, справжнього гуманіста Антуна Лісеця назавжди збережеться в серцях вдячних пацієнтів, колег, студентів, усіх, кому пощастило спілкуватися з цією Людиною «з великої літери».

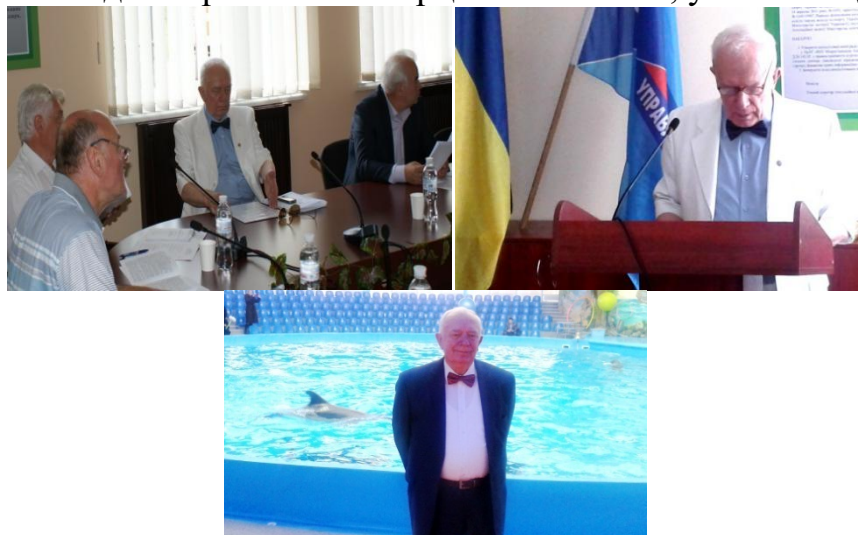




Анатолій Павлович Чуприков (1937-2020) – лікар-психіатр, дитячий психіатр, нейропсихіатр, доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України, дійсний член Нью-Йоркської академії наук, дійсний член Європейської Академії природничих наук (ФНР), візит-професор Белградського університету (Сербія), член правління Об'єднання психіатрів придунайських держав, почесний президент ГО «Арт-терапевтична асоціація», член експертної ради Вищої атестаційної комісії, автор понад 400 наукових публікацій, зокрема 35 Патентів у

галузі методів діагностики та лікування психічних розладів, а також 15 монографій, остання з яких – «Цунамі дитячого аутизму» - стала бестселером серед лікарів-психіатрів і медичних психологів.

А. П. Чуприков створив потужну наукову школу латеральної нейропсихіатрії, завжди підтримував молодих науковців. Він особисто підготував понад 30 кандидатів і докторів наук, очолював спеціалізовану вчену раду по захисту дисертацій в галузі психіатрії, з 1992 р. багато років був директором Українського НДІ соціальної та судової психіатрії, завідував кафедрою дитячої психіатрії НМАПО імені П. Л. Шупіка, сприяв становленню та розвитку психології в МАУП, де створив і тривалий час очолював кафедру медичної психології та психокорекції. Сфера наукової діяльності професора А. П. Чуприкова стосувалася багатьох актуальних питань психічного здоров'я, лікування і реабілітації пацієнтів, його наукові розробки відрізнялися нестандартністю, креативністю, ініціативністю. Він застосовував найновіші інформаційні технології в клінічній нейрофізіології, зокрема для поглибленого аналізу ЕЕГ, сприяв розвитку анімалотерапії, каніс-, іпо-, дельфінотерапії - дітей із психоневрологічними відхиленнями, Завдяки йому змінилося ставлення до навчання ліворуких дітей, яких перестали насильно переучувати на праворукість, для них були розроблені адекватні психолого-педагогічні методики. Світла пам'ять про А. П. Чуприкова назавжди збережеться в серцях його колег, учнів і пацієнтів.



ЗМІСТ

<i>Аксьонова С. Ю.</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЧАЙЛДФРІ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ м. КИЄВА.....	17
<i>Архімандрит Адам (Ахаладзе).</i> ТРАНСДИСЦИПЛІНАРНЕ ОСМИСЛЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ЯК ВЕКТОР ДІЯЛЬНОСТІ В СФЕРІ ВІДТВОРЕННЯ ЛЮДСЬКОГО ЖИТТЯ.....	20
<i>Баяндіна О. І., Кузьменко Г. О., Катюкова Л. Д.</i> ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ІЗ АЛЬГОДИСМЕНОРЕЄЮ ПРИ ДИСФУНКЦІЇ КРИЖОВО-КЛУБОВИХ СУГЛОБІВ.....	25
<i>Гончаренко Т. Г.</i> ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЖІНЦІ В КРИЗОВІЙ ВАГІТНОСТІ,- ДОАБОРТНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ.....	29
<i>Григор'єва С. В.</i> ЗВ'ЯЗОК АСИМЕТРІЇ ТА РИТМІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ З ЯКІСТЮ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ.....	34
<i>Грись А. М.</i> ДЕЯКІ ОРІЄНТИРИ МАЙБУТНІМ ФАХІВЦЯМ ДЛЯ РОБОТИ З ДЕВІАНТНИМИ НЕПОВНОЛІТНІМИ.....	39
<i>Гудінова І. Л.</i> КОДУВАННЯ НА ПЕРСПЕКТИВУ, СВИТОГЛЯДНІ ПОГЛЯДИ, ІДЕНТИФІКАЦІЙНУ ПОЗИЦІЮ ОСОБИСТОСТІ ЗА ПОСЕРЕДНИЦТВОМ ЧУЖИХ СМИСЛІВ.....	43
<i>Джабара Т. Р.</i> ШЛЯХИ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.....	46
<i>Древіцька О. О., Філатова О. А., Коляденко Н. В.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОСТАБОРТНОГО СИНДРОМУ.....	48
<i>Живаго Х. С.</i> МІСЦЕ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РОДИННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ.....	52
<i>Зак А.</i> ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА ДЕВІАНТНУ ПОВЕДІНКУ ПІДЛІТКІВ....	57
<i>Здоровенко Н. В.</i> ДОСВІД ОНЛАЙН-РОБОТИ ВЧИТЕЛІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ «НАДІЯ» З УЧНЯМИ ІЗ ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПРОБЛЕМАМИ.....	61
<i>Коляденко Н. В.</i> ПОДВИЖНИЦЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ ВЕЛИКОЇ КНЯГИНИ ОЛЕКСАНДРИ ПЕТРІВНИ РОМАНОВОЇ (СВ. АНАСТАСІЇ КИЇВСЬКОЇ) В СТАНОВЛЕННІ ВІТЧИЗНЯНОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ ТА ЗАХИСТІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК.....	68
<i>Круглова Н. О.</i> ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З МОЛОДИМИ СІМ'ЯМИ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ В ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ.....	81
<i>Лебедєва А. С.</i> МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ ТА ЇХ ТРАНСФОРМАЦІЯ ПРОТЯГОМ ІСТОРИЧНОГО ЧАСУ.....	88

<i>Левчишина Н. Є.</i> АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ МИРНОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ.....	92
<i>Максим О. В.</i> ЦІННІСНІ ОРІЄНТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ, СХИЛЬНИХ ДО ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	102
<i>Максименко С. Д.</i> ЖИТТЄВА ЕНЕРГІЯ ЯК ГЕНЕТИЧНО ВИХІДНА ОДИНИЦЯ ЛЮДСЬКОГО РОЗВИТКУ ТА ІСНУВАННЯ.....	105
<i>Олексенко О. М.</i> ПРОДОВЖЕННЯ РОДУ З ТОЧКИ ЗОРУ ЕКЗИСТЕНЦІАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ: БІОЛОГІЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ЧИ СЕНС ЖИТТЯ?.....	108
<i>Павлюк М. М.</i> ПОДРУЖНЯ СУМІСНІСТЬ ЯК ФАКТОР СТАБІЛЬНОСТІ ШЛЮБУ.....	111
<i>Рябовол Т. А.</i> НЕДОРОЗВИНЕННЯ ПРОГНОСТИЧНОЇ ФУНКЦІЇ В СИСТЕМІ ДЕТЕРМІНАНТ ПРОТИПРАВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ.....	114
<i>Ряховська Т. Л.</i> МІСЦЕ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ.....	119
<i>Степаненко В. І.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МОРАЛЬНОГО НАСИЛЬСТВА В СІМ'Ї.....	124
<i>Терешкевич Г. Т. (сестра Діогена)</i> НАПРОТЕХНОЛОГІЇ – БЕЗАЛЬТЕРНАТИВНИЙ СПОСІБ ВИРШЕННЯ ПРОБЛЕМИ НЕПЛІДНОСТІ З ПОЗИЦІЙ ПЕРСОНАЛІСТИЧНОЇ БІОЕТИКИ.....	127
<i>Федін Ю. С.</i> СТРАТЕГІЇ ДОПОМОГИ СІМ'ЯМ, У ЯКИХ ПРИСУТНІ ВИПАДКИ ШИЗОФРЕНІЇ З АУТОАГРЕСИВНИМИ ДІЯМИ.....	130
<i>Фесенюк Н. П.</i> ЗАСТОСУВАННЯ АВТОРСЬКИХ МЕТОДІВ АРТТЕРАПІЇ В ПРЕНАТАЛЬНІЙ ПСИХОТЕРАПІЇ.....	133
<i>Філатова О. А.</i> ПСИХОПРОФІЛАКТИКА МИМОВІЛЬНИХ ВИКИДНІВ.....	136
<i>Філоненко Л. А.</i> ПСИХОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ПЕРЕХОДУ НЕПОВНОЛІТНІХ НА АЛЬТЕРНАТИВНЕ ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ.....	140
<i>Хохлова Д. Д.</i> ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ОДНОСТАТЕВИМИ ПАРАМИ ЯК МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ТА БІОЕТИЧНА ПРОБЛЕМА.....	144
<i>Чорна Т. В.</i> СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ПОПЕРЕДЖЕННЯ НАРОДЖЕННЯ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ.....	151
<i>Яковенко О. С.</i> СУПРОВІД СІМЕЙ ТА АБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВОСТЯМИ РОЗВИТКУ – ЗАПОРУКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ.....	156

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

DOI 10.32689/2663-0672-2020-2-4-17-19

АКСЬОНОВА Світлана Юріївна

кандидат економічних наук, провідний науковий співробітник Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0003-0516-9078

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЧАЙЛДФРІ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ м. КИЄВА

Аксьонова С. Ю., кандидат економічних наук, провідний науковий співробітник Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України, м. Київ, Україна. **Дослідження проблеми чайлдфрі серед студентської молоді м. Києва.**

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

Анотація. Дослідження репродуктивних орієнтацій студентів м. Києва виявило, що позитивно або толерантно ставляться до чайлдфрі-вибору, різною мірою, дві третини опитаних. Студенти, які визнавали себе чайлдфрі, не знаходили жодного мотиву для народження дитини. Однак біля половини опитаних все-таки наголошували, що саме завдяки народженню дитини вони матимуть повноцінну сім'ю. Результати наших досліджень вказують на необхідність спеціального цілеспрямованого дослідження репродуктивних орієнтацій молоді України, що дозволить формувати ефективну молодіжну політику, спрямовану на стимулювання народжуваності, покращення демографічної ситуації в нашій країні.

Аксенова С. Ю., кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник Института демографии и социальных исследований имени М. В. Птухи НАН Украины, Киев, Украина.. **Исследование проблемы чайлдфри среди студенческой молодежи г. Киева.**

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

Аннотация. Исследование репродуктивных ориентаций студентов г. Киева выявило, что положительно или толерантно относятся к чайлдфри-выбору, в разной степени, две трети опрошенных. Студенты, которые признавали себя чайлдфри, не находили ни одного мотива для рождения ребенка. Однако около половины опрошенных все же отмечали, что именно благодаря рождению ребенка они будут иметь полноценную семью. Результаты наших исследований указывают на необходимость специального

целенаправленного исследования репродуктивных ориентаций молодежи Украины, что позволит формировать эффективную молодежную политику, направленную на стимулирование рождаемости, улучшение демографической ситуации в нашей стране.

Aksynova S. Yu., PhD of Economic Sciences, Leading Researcher of the MV Ptukha Institute of Demography and Social Research of the National Academy of Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine. **Research of the Problem of Childfree Among Student Youth of Kyiv.**

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

Abstract. A study of the reproductive orientations of Kyiv students found that two-thirds of respondents were positive or tolerant of childfree choices to varying degrees. Students who identified themselves as childfree did not find any motive for having a child. However, about half of the respondents still stressed that it is thanks to the birth of a child that they will have a full-fledged family. The results of our research indicate the need for a special targeted study of reproductive orientations of the youth of Ukraine, which will form an effective youth policy aimed at stimulating the birth rate, improving the demographic situation in our country.

Серед сьогоднішніх молодіжних субкультур все більше уваги привертає чайлдфрі – усвідомлена відмова молодих репродуктивно здорових сімей від дітонародження. Для України, серед інших несприятливих демографічних тенденцій та реалій, ця проблема виявляється досить новою, певною мірою неочікуваною, й тому недостатньо вивченою. З метою з'ясування поширеності чайлдфрі-тенденцій, ми провели дослідження серед студентської молоді м. Києва. В результаті опитування 316 осіб студентської молоді обох статей було з'ясовано, що майже третина опитаних впевнено виправдовували або схвалювали чайлдфрі-вибір, і ще одна третина скоріше погоджувалися з таким вибором. Тобто, дві третини опитаних – переважна більшість – виявили позитивне ставлення до чайлдфрі-вибору. Кожен десятий із респондентів указав на те, що взагалі не планує мати дітей, тобто, впевнено ствердив свою приналежність до чайлдфрі-групи. При цьому, на повну неприпустимість чайлдфрі-поведінки вказали менш ніж 10% опитаних.

Дещо несподіваними виявилися аргументи на користь чайлдфрі-вибору: матеріальні проблеми, скрутне матеріальне становище як фактор, що стає на заваді народженню дитини, попри очікування та поширені суспільні стереотипи, опинилися в нашому опитуванні лише на тринадцятому місці, тоді як на перший план вийшли «пріоритет розвитку в професійній сфері» та «нелюбов до дітей», а серед тих студентів, хто впевнено відніс себе до чайлдфрі-групи, пріоритетною виявилася мотивація «бажання більше часу займатися хобі». Серед перших місць на користь чайлдфрі опинилися також страх перед вагітністю та пологами і твердження про те, що дитину важко

утримувати та виховувати. Близько 12% опитаних не змогли чітко сформулювати свої репродуктивні плани. Такі відповіді свідчать про деякий егоцентризм або навіть інфантилізм респондентів, але, водночас, і про усвідомлення ними своєї відповідальності, відчуття невпевненості в собі та в майбутньому, відсутності психологічної та соціальної підтримки. Це підтверджується й тим, що найбільш популярна відповідь у минулих опитуваннях про бажання мати двох дітей останнім часом змінюється на плани обмежитися народженням лише однієї дитини.

Загалом, проведені нами дослідження виявили, що явище чайлдфрі є досить поширеним серед студентської молоді м. Києва. Однак важко визначити, наскільки одержані результати можна екстраполювати на все населення України: вочевидь, ставлення до чайлдфрі-вибору буде різнитися в залежності від регіону, серед міського та сільського населення, в представників різних вікових груп і соціальних прошарків, тощо. Це спонукає до проведення більш масштабного цілеспрямованого дослідження даної проблеми з метою визначення причин зростання інтересу до чайлдфрі-субкультури, формування в суспільстві толерантного ставлення до будь-якої моделі дітородної поведінки, впевненого чайлдфрі-вибору репродуктивно здорових молодих людей. Увага до даного питання дозволить більш ефективно формувати молодіжну політику в напрямку покращення демографічної ситуації в Україні.

УДК (316.36+392+612.6):602:608

DOI 10.32689/2663-0672-2020-2-4-20-24

АРХІМАНДРИТ АДАМ (АХАЛАДЗЕ Вахтанг Михайлович)

доктор медичних наук, доктор природничих наук,
Doctor Honoris Causa, професор,
ректор Университету імені св. Цариці Тамар Грузинської Патріархії,
Голова Управління охорони здоров'я Грузинської Патріархії
м. Тбілісі, Грузія

ORCID ID 0000-0001-8297-3241

**ТРАНСДИСЦИПЛІНАРНЕ ОСМИСЛЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО
ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ЯК ВЕКТОР ДІЯЛЬНОСТІ В СФЕРІ
ВІДТВОРЕННЯ ЛЮДСЬКОГО ЖИТТЯ**

Архімандрит Адам (Ахаладзе), доктор медичних наук, доктор природничих наук, Doctor Honoris Causa, професор, ректор Университету імені св. Цариці Тамар Грузинської Патріархії, Голова Управління охорони здоров'я Грузинської Патріархії; м. Тбілісі, Грузія. **Трансдисциплінарне осмислення репродуктивного життя та здоров'я людини як вектор діяльності в сфері відтворення людського життя.**

Ключові слова: життя, здоров'я, людина, репродукція.

Анотація. В світі не визначені правові та законні нормативи «сурогатного материнства», які слід було б гармонізувати з духовно-моральними, соціально-психологічними, культурними, національними, людськими та божественними цінностями.

Архимандрит Адам (Ахаладзе), доктор медицинских наук, доктор естественных наук, Doctor Honoris Causa, профессор, ректор Университета имени св. Царицы Тамар Грузинской Патриархии, Начальник Управления здравоохранения Грузинской Патриархии; г. Тбилиси, Грузия. **Трансдисциплинарное осмысление репродуктивной жизни и здоровья как вектор деятельности в сфере воспроизводства человеческой жизни.**

Ключевые слова: жизнь, здоровье, человек, репродукция.

Аннотация. В мире не определены правовые и законные нормативы «суррогатного материнства», которые следовало бы гармонизировать с духовно-нравственными, социально-психологическими, культурными, национальными, человеческими и божественными ценностями.

Archimandrite Adam (Akhaladze), PhD, MD, SciD, Dr.h.c., Professor, Rector of The Georgian Patriarchate St. Queen Tamar University, Head of Georgian Patriarchate Health Affairs Department, Father Superior of the Church of St. John the Theologian; Tbilisi, Georgia. **Transdisciplinary Understanding of**

Reproductive Life and Human Health as a Vector of Activity in the Field of Reproduction of Human Life.

Key words: life, health, man, reproduction.

Abstract. There are no legal and legal norms of "surrogacy" in the world, which should be harmonized with spiritual and moral, socio-psychological, cultural, national, human and divine values.

Рассуждая о трансдисциплинарном осмыслении репродуктивных жизни и здоровья, мы основываемся на анализе природной (биологической, физической, телесной) сущности человека, которая рассматривается нами как базисный уровень, с которой не всегда легко разглядеть сверхтелесную, сверхприродную, сверхмирную инстанции в человеке. Однако именно естественные науки, которые в процессе своего исторического развития дали универсальный материал для такого рода рефлексии, продемонстрировали свою несамодостаточность, т.е. то, что только они, без интегрированного с гуманитарными науками и, особенно, метанаучной, философской, теологической, метапсихологической рефлексии и эмпирии, не способны помочь нам стремительно понести нашу исследовательскую мысль ввысь в область духовного и трансцендентного со всеми сложностями отношений с нею человека в безграничном спектре нерешенных проблем современного репродуктологического человековедения.

В такой ситуации возникает объективная необходимость воссоединения интегрированного трансдисциплинарного естественного и гуманитарного научного мышления с глобальным, философским, этическим, историко-традиционным, религиозным и кросскультурным мировоззрением, основывая полученное таким образом знание на осознании преимущества нравственности, духовности и высших человеческих ценностей для единого системного осмысления проблемы.

Репродуктивные жизнь и здоровье человека состоят из множества измерений, уровней, компонентов, факторов и взаимодействий, каждое из которых нуждается в таком осмыслении, которое адекватно отражало бы всю сложность исследований человеческой природы с её биологической, социальной, медицинской, культурной, метафизической глубиной на основе метаанализа различных учений о человеке.

В данном исследовании наше внимание обращено к биотехнологическому аспекту репродуктивных жизни и здоровья – новому измерению, приобретенной сущности, неестественной реальности и до конца не познанному качеству в реалиях биологического, социального, культурного и духовного бытия человечества, которое на данный момент невозможно адекватно оценить из-за недостаточности научного знания.

Медицинское обеспечение репродуктивного здоровья охватывает репродуктивные процессы, функции и систему на всех этапах жизни человека. По определению ВОЗ, «охрана репродуктивного здоровья направлена на обеспечение того, чтобы люди могли вести ответственную,

приносящую удовлетворение и безопасную сексуальную жизнь, а также могли сохранять способность деторождения и иметь возможность выбора в отношении того, иметь ли детей, когда и в каком количестве».

Такой подход к пониманию репродуктивного здоровья предполагает открытый дуализм в понимании супружеской жизни, в таких составляющих её, как семейная жизнь, супружеские половые отношения и деторождение.

Другого рода дуализм породила биомедицина с нетрадиционностью характера и опасностью современных биотехнологических способов преодоления бесплодия с позиций веками сложившихся представлений о «таинстве зачатия», невмешательстве человека в «Божьи дела» и поставила вопрос о необходимости глубокого трансдисциплинарного осмысления целого ряда этических, моральных и правовых представлений об отношениях между пациентом, обществом и врачом, а также между остальным кругом лиц (доноров половых клеток и эмбрионов, биологических и юридических родителей, «суррогатных» матерей, детей, родившихся в результате использования методов вспомогательных репродуктивных технологий и др.), вовлекаемых в сложные процессы искусственной репродукции.

Современные биомедицинские технологии изменили репродуктивную жизнь человека. Ведь зачатие ребёнка происходит без физического и духовного участия родителей: имеется не только противоестественное отделение биологического компонента от эмоционального и личностного, но и тот факт, что биологический компонент представлен неполноценно без характерных физиологических половых реакций супругов. Таким образом, зачатие человеческой жизни из плода родительской любви превратилось в лабораторную процедуру соединения половых клеток вне организма матери. Обращает внимание на себя и то, что в акте лабораторного оплодотворения участвует третья сторона – физическое лицо (лица) – сотрудники репродуктивных клиник, что нарушает сакральность и таинство и зачатия, и супружеской жизни.

Вспомогательная репродуктивная технология так называемого «суррогатного» материнства дуализм ввела в само понятие материнства и породила бесчисленные биоэтические дилеммы и парадоксы.

Передача новорожденного ребёнка от «суррогатной» матери генетическим родителям пренебрегает ту глубокую духовную, психологическую, эмоциональную, физиологическую и биологическую близость, которая устанавливается между матерью и ребёнком во время беременности. Игнорируются научные данные по психологии, перинатологии, эмбриологии в области пренатального детства и материнства во время беременности. Пренебрегается близость «суррогатной» матери и ребёнка, который во время всей беременности жил в её матке, и заказчиками, что без сомнения ставит вопросы, касающиеся духовно-нравственных ценностей и психологических особенностей генетических родителей.

Появилось новое понятие - «суррогатная беременность» - со своими психологическими, духовно-нравственными и биологическими

особенностями. Духовно-нравственную и психологическую проблематичность усугубляет финансовая заинтересованность, социальное положение, образование, возраст, жизненная неопытность (может быть ещё никогда не была матерью) «суррогатной» матери, или её родство с генетическими родителями («суррогатная» мать является, например, матерью или сестрой генетических родителей) и т. п. Последнее, по нашему мнению, способствует созданию таких сложных ситуаций, которые ведут к метаморфозе традиционных отношений к таким человеческим и социальным ценностям, девальвации таких сакральных ценностей, каковым является семья.

В суррогатном измерении современного суррогатного мира возникло новое понятие – «суррогатное» отцовство. Этим термином обозначаются одинокие отцы, которые таковыми стали через нанимание не только суррогатной матери, но и донора яйцеклеток.

Создавая в обществе коммерческий институт «суррогатного» материнства, этот феномен приобретает сходство со сферой обслуживания и соответственно способствует исчезновению сакрального отношения к материнству, как святыне, и девальвации высшей, несравненной общечеловеческой и божественной ценности, каковой являются отношения между матерью и ребёнком. Данная биотехнология изначально обрекает «суррогатного» ребёнка на тяжёлую психологическую кризисную ситуацию: решить (сделать выбор), кто является истинной матерью.

Суррогатная репродукция не отдаёт должное правам ребёнка, родиться и вырасти в традиционной семье, в окружении любви матери и отца, не получив ментального повреждения в однополном, одинокого отца или одинокой матери микросоциуме.

В мире не определены правовые и законные нормативы «суррогатного материнства», которых следовало бы гармонизировать с духовно-нравственными, социально-психологическими, культурными, национальными, человеческими и божественными ценностями.

Суррогатная репродукционная технология, используя законсервированные гаметы, породила феномены посмертного отцовства и материнства. Часто такого рода искусственное появление на свет потомков, наследников, людьми различного миропонимания рассматривается в аспекте бессмертия. Предполагаем, что такое нарушение природного временного и пространственного равновесия между поколениями родителей и детей, избытие нетрадиционных компонентов в сфере воспроизводства человека – существа биологического, социального, культурного и духовного – будет чревато такими катаклизмами, полноценное прогнозирование и тем более превенция которых невозможно из-за недостаточности истинного научного постижения этого феномена.

Таким образом, существующие представления о репродуктивных жизни и здоровье человека во всех их проявлениях, например, о так называемом «суррогатном» материнстве вкупе со всеми нетрадиционными,

искусственными репродуктивными технологиями, являясь ограниченными, следует пополнять качественно новыми сведениями, полученными путём трансдисциплинарных исследований и трансдисциплинарной интеграции с привлечением всего научного, философского, исторического, культурного и социально-психологического опыта человечества. Введением трансдисциплинарного подхода в осмыслении понятий «репродуктивная жизнь и здоровье человека» мы остаёмся верными новому направлению в системе трансдисциплинарного учения о человеке, целью которого является углубление исследований как жизнедеятельности человека, так и целостной человеческой личности для раскрытия принципиальных закономерностей, действующих в человеке на всех уровнях от субатомического (добиологического) до духовного (метабиологического), выходящих за пределы человека в мир его окружающий, Вселенную и соединяющих с Богом.

УДК 617.3:(616.7+612.6)

DOI 10.32689/2663-0672-2020-2-4-25-28

БАЯНДИНА Олена Іванівна

кандидат медичних наук, завідувач відділення
м'язово-скелетної реабілітації ДП «Клінічний санаторій
«Жовтень» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»
ДУ «ІТО НАМН України»
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0002-9696-7990

КУЗЬМЕНКО Ганна Олександрівна

ерготерапевт відділення м'язово-скелетної
реабілітації ДП «Клінічний санаторій
«Жовтень» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»
ДУ «ІТО НАМН України»
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0002-5463-0468

КАТЮКОВА Лілія Дмитрівна

лікар ЛФК відділу реабілітації
Інституту ортопедії і травматології
НАМН України
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0002-0336-776X

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ІЗ
АЛЬГОДИСМЕНОРЕЄЮ ПРИ ДИСФУНКЦІЇ КРИЖОВО-КЛУБОВИХ
СУГЛОБІВ**

Баяндіна О. І., кандидат медичних наук, завідувач відділення м'язово-скелетної реабілітації ДП «Клінічний санаторій «Жовтень» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця» ДУ «ІТО НАМН України», м. Київ, Україна; **Кузьменко Г. О.**, ерготерапевт відділення м'язово-скелетної реабілітації ДП «Клінічний санаторій «Жовтень» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця», м. Київ, Україна; **Катюкова Л. Д.**, лікар ЛФК відділу реабілітації Інституту ортопедії і травматології НАМН України, м. Київ, Україна. **Психологічні особливості хворих із альгодисменореєю при дисфункції крижово-клубових суглобів.**

Ключові слова: альгодисменорея, крижоро-клубові суглоби, хворі, психологічні особливості.

Анотація. Однією з причин ановуляторного безпліддя та викидів є надлишкова маса тіла жінок репродуктивного віку, яка призводить до розвитку метаболічного синдрому, низки ендокринологічних розладів,

психоемоційної лабільності. Частою скаргою в жінок з альгодисменореєю, є болі внизу живота, в нижній частині спини, в крижах. Дисфункція крижово-клубових суглобів значно погіршує самопочуття, впливає на якість життя та статевих відносин і потребує спеціального ортопедичного лікування. Вивчення психологічних характеристик хворих з альгодисменореєю в процесі лікування дисфункції крижово-клубових суглобів показало високу ефективність місцевої локальної інфільтративної терапії в пацієнток з альгодисменореєю, в яких було виявлено дисфункцію крижово-клубового суглоба.

Баяндина Е. И., кандидат медицинских наук, заведующая отделением костно-мышечной реабилитации ГП «Клинический санаторий «Жовтень» ЗАО «Укрпрофздравница» ГУ «ИТО НАМН Украины», г. Киев, Украина;

Кузьменко А. А., эрготерапевт отделения костно-мышечной реабилитации ГП «Клинический санаторий «Жовтень» ЗАО «Укрпрофздравница» ГУ «ИТО НАМН Украины», г. Киев, Украина; **Катюкова Л. Д.**, врач ЛФК отдела реабилитации Института ортопедии и травматологии НАМН Украины, г. Киев, Украина. **Психологические особенности больных с альгодисменореей при дисфункции крестцово-подвздошных суставов.**

Ключевые слова: альгодисменорея, крестцово-подвздошные суставы, больные, психологические особенности.

Аннотация. Одной из причин ановуляторного бесплодия и выкидышей является избыточная масса тела женщин репродуктивного возраста, что приводит к развитию метаболического синдрома, ряда эндокринологических расстройств, психоемоциональной лабильности. Частой жалобой у женщин с альгодисменореей являются боли внизу живота, в нижней части спины, в крестце. Дисфункция крестцово-подвздошных суставов значительно ухудшает самочувствие, влияет на качество жизни и половых отношений и требует специального ортопедического лечения. Изучение психологических характеристик больных с альгодисменореей в процессе лечения дисфункции крестцово-подвздошных суставов показало высокую эффективность местной локальной инфилтративной терапии у пациенток с альгодисменореей, у которых была обнаружена дисфункция крестцово-подвздошных суставов.

Bayandina O. I., PhD of Medical Sciences, Head of the Department of Musculoskeletal Rehabilitation, SE "Zhovten" Clinical Sanatorium, CJSC "Ukrprofzдорovnytsia", State Institution "ITO NAMS of Ukraine", Kyiv, Ukraine; **Kuzmenko G. O.**, occupational therapist of the musculoskeletal rehabilitation department of the SE "Clinical Sanatorium" Zhovten "of CJSC" Ukrprofzдорovnytsia", Kyiv, Ukraine; **Katyukova L. D.**, Therapeutic Exercise Physician of the Rehabilitation Department of the Institute of Orthopedics and Traumatology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv,

Ukraine. Psychological Features of Patients with Algodysmenorrhea with Dysfunction of the Sacroiliac Joints.

Key words: algodysmenorrhea, sacroiliac joints, patients, psychological features.

Abstract. One of the causes of anovulatory infertility and miscarriage is overweight of women of reproductive age, which leads to the development of metabolic syndrome, a number of endocrine disorders, psycho-emotional lability. A common complaint in women with algodysmenorrhea is lower abdominal pain, lower back pain, and buttock pain. Dysfunction of the sacroiliac joints significantly worsens health, affects the quality of life and sexual intercourse and requires special orthopedic treatment. The study of psychological characteristics of patients with algodysmenorrhea in the treatment of sacroiliac dysfunction showed high efficacy of local topical infiltrative therapy in patients with algodysmenorrhea in whom sacroiliac joint dysfunction was detected.

Збереження репродуктивного здоров'я жінки – це задача, вирішення якої забезпечує збереження здорового генофонду. Відомо, що однією з головних причин ановуляторного безпліддя та викиднів є надлишкова маса тіла жінок репродуктивного віку, яка призводить до розвитку метаболічного синдрому, низки ендокринологічних розладів - порушення менструального циклу, невиношування вагітності, безпліддя, гірсутизму, ожиріння - та психоемоційної лабільності.

Частою скаргою, особливо в жінок з альгодисменореєю, є болі внизу живота, болі в нижній частині спини, болі в крижах. При болях у нижній частині спини, в таких хворих діагностується дисфункція крижово-клубових суглобів, що значно погіршує самопочуття, впливає на якість життя та статевих відносин і потребує спеціального ортопедичного лікування.

Оцінка інтенсивності больового синдрому в нижній частині спини проводилася за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ) - 10-бальний варіант. Вивчення психологічних характеристик хворих із альгодисменореєю в процесі лікування дисфункції крижово-клубових суглобів за допомогою шкали самооцінки Спілбергера-Ханіна та суб'єктивної шкали астенії MFI-20 показало, що після проведення комплексного лікування методом місцевої локальної інфільтративної терапії та заходів реабілітації, в хворих зменшилися прояви загальної астенії, також значно покращилися показники фізичної астенії за рахунок покращення загального фізичного стану, що можна по'вязати як зі зменшенням больового синдрому, так і зі збільшенням рівнів фізичної активності та витривалості. Практично не зменшилися показники психічної астенії, що підтверджує, що больовий синдром в нижній частині спини не є головною проблемою для пацієнок з альгодисменореєю.

Таким чином, доведено ефективність місцевої локальної інфільтративної терапії у пацієнок з альгодисменореєю, в яких було виявлено дисфункцію крижово-клубового суглоба, однак, за результатами

психологічного тестування, не виявлено значного покращення в показниках особистісної тривожності та психічної астенії, що пояснюється впливом основного захворювання. Приєднання до комплексної терапії, під наглядом акушера-гінеколога, інфільтративної терапії та курсу лікувальної гімнастики, зменшило прояви фізичної астенії та покращило самопочуття пацієнок.

УДК 159.98:(612.6+613.8:613.9)

DOI 10.32689/2663-0672-2020-2-4-29-33

ГОНЧАРЕНКО Тетяна Генадіївна

психотерапевт, фахівець доабортного консультування
жіночої консультації Київської лікарні №1,
провідний психолог доабортного консультування
руху «Pro-Life Україна»
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0003-3346-1455

**ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЖІНЦІ В КРИЗОВІЙ ВАГІТНОСТІ,-
ДОАБОРТНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ**

Гончаренко Т. Г., психотерапевт, фахівець доабортного консультування жіночої консультації Київської лікарні №1, провідний психолог доабортного консультування руху «Pro-Life Україна»; м. Київ, Україна. **Психологічна допомога жінці в кризовій вагітності,- доабортне консультування.**

Ключові слова: кризова вагітність, доабортне консультування, психологічна допомога.

Анотація. Доабортне консультування (консультування в ситуації кризової вагітності) – порівняно молодий та по-своєму унікальний різновид психологічної допомоги, що допомагає жінці усвідомити справжні причини її бажання перервати вагітність і побачити можливі шляхи збереження вагітності й народження дитини.

Гончаренко Т. Г., психотерапевт, спеціаліст доабортного консультування жінської консультації Київської лікарні №1, ведучий психолог доабортного консультування в русі «Pro-Life Україна»; г. Київ, Україна. **Психологічна допомога жінці в кризовій вагітності,- доабортне консультування.**

Ключевые слова: кризисная беременность, доабортное консультирование, психологическая помощь.

Аннотация. Доабортное консультирование (консультированием в ситуации кризисной беременности) – сравнительно молодой и по-своему уникальный вид психологической помощи, который помогает женщине осознать истинные причины её желаний прервать беременность и увидеть возможные пути сохранения беременности и рождения ребенка.

Goncharenko T. G., a psychotherapist, a specialist in pre-abortion counseling for women's consultation at Kiev Hospital No. 1, leading psychologist of pre-abortion counseling Pro-Life Ukraine movement; Kyiv, Ukraine. **Psychological Assistance to Women in Crisis Pregnancy, Pre-Abortion Counseling.**

Key words: crisis pregnancy, pre-abortion counseling, psychological assistance.

Abstract. Pre-abortion counseling (counseling in situations of crisis pregnancy) is a relatively young and unique way of psychological assistance that helps a woman to understand the true reasons for her desire to terminate pregnancy and see possible ways to preserve pregnancy and child birth.

Доабортное консультирование (ДАК) – сравнительно молодой и по-своему уникальный вид психологической помощи, который помогает женщине осознать истинные причины её желания прервать беременность и увидеть возможные пути сохранения беременности и рождения ребенка. Доабортное консультирование называют также консультированием в ситуации кризисной беременности.

Кризисная беременность – это незапланированная непринятая, или же запланированная, но отвергнутая или с угрозой отвержения беременность.

Выражение или термин «Незапланированная беременность» часто используется как клише, речевой стереотип, обобщение. Под этим термином может подразумеваться, например, «неожиданная беременность», «нежеланная» или «отвергаемая». Незапланированная беременность (не по плану) – больше рассудочное выражение, а «нежеланная» или «отвергаемая» – находится в плоскости эмоциональной сферы.

Незапланированная беременность – это всегда событие кризисное, стрессовое, причем для всех членов семьи. Поэтому доабортное консультирование относится к *консультированию в ситуации стресса и кризиса*.

Какие смыслы для женщины имеет прерывание беременности?

Личные смыслы (не причины, про причины мы поговорим позже) могут быть самыми разными. Это зависит и от ее мировоззренческой системы, и от предыдущего жизненного опыта, от ценностных ориентиров ее семьи, от того, были ли в роду (или у ее мамы) аборт, делала ли она сама аборт раньше, и т.д.

Иногда женщина даже особых смыслов в это не вкладывает. Для нее аборт – это просто действие, которое решает ее проблему, которое разрешено законом, негласно одобряемо в обществе, вполне доступно. Причем, когда она принимает решение об аборте, ребенок вообще не возникает в ее сознании ни в каком виде, или мысль о ребенке отвергается («я даже не хочу об этом слушать»).

Часто именно во время общения с психологом выходит на поверхность и актуализируется система жизненных ценностей женщины, проявляются глубинные переживания, страхи, корректируются деструктивные установки, происходит процесс осознания исключительной важности самого момента репродуктивного выбора.

По сути, принимая решение об аборте, женщина осуществляет *экзистенциальный выбор*. Поэтому в процессе ДАК женщина имеет подчас

единственную возможность осознать непреходящую важность своего выбора для всей последующей судьбы, осознать его необратимость. Женщина порой не понимает, что она делает выбор. Она говорит, что никакого выбора она не делает, просто делает аборт (как зуб вырвать).

В результате общения у женщины появляется новая картина того, что происходит с ней. Она впервые ясно осознает, что речь идет о жизни и смерти её ребенка. Возможно, в первый раз она имеет возможность поразмышлять о своей женской природе, о своем материнстве, о том, что она уже мать по факту зачатия, о том, что зачатый ребенок – это плод любви, это самое ценное, что она может подарить своему мужу (мужчине). Если у женщины уже есть дети, то мы говорим о том, как этот аборт отразится на ее детях. Я спрашиваю: «Хотели ли бы Вы, чтобы Ваша дочка делала аборт? Что Вы ей дадите в наследство?» И, как бы женщина ни поступила в настоящий момент своей жизни, полученная информация, пережитый опыт общения будут полезны в дальнейшем и, возможно, позволят избежать многих ошибок и проблем в будущем.

Такая беседа имеет *две задачи*: первая – повлиять на решение женщины прервать беременность и способствовать тому, чтобы она родила ребенка. Вторая – это профилактика будущих абортов. Таким образом, ДАК всегда носит еще и профилактический характер. Например, такой простой вопрос: «А Вы вообще хотите детей?» у женщины вызывает ответ «Да, конечно», причем иногда просто на автомате, механически. И тут женщина замирает, у нее происходит осознание, а что же она делает сейчас. И это уже зернышко в будущее, когда наступит следующая беременность, свое проявленное желание стать матерью она уже озвучила.

Природу не обманешь. Если женщина забеременела, то она уже мать. Идя против своего предназначения, женщина вступает в единоборство с собственной природой, в противоречие с собственным мозгом и собственным организмом. Кроме того, духовные законы непреложны и работают, даже если женщина их не осознает.

Причины неприятия беременности:

- 1) Все не по плану
- 2) Не так, как планировалось
- 3) Слишком молодая
- 4) Слишком старая
- 5) Материальные
- 6) Жилищные
- 7) Здоровье
- 8) Неготовность к роли матери
- 9) Страх осуждения
- 10) Страх разрушения отношений

Причем, первые два пункта – это иллюзии, потому что в жизни многие серьезные события происходят неожиданно, случаются внезапно (например, влюбленность, любовь). Слишком молодая/старая – это стереотипы: возраст

материнства определяется физиологической женской природой, а не количеством лет. Материальные, финансовые, жилищные проблемы чаще всего декларируемые, внешние. Последние 4 пункта – это глубинные внутренние страхи, ограничивающие убеждения. В этих случаях необходима психотерапевтическая помощь.

Диалогичность внутреннего мира женщины в ситуации кризисной беременности

Когда женщина узнаёт, что беременна, то внутри неё начинается диалог, вопросы, ответы, размышления, разные мнения, стереотипы. Это порой происходит в глубине души и не анализируется критично. Психологу важно присоединиться к этому внутреннему диалогу, бережно, с уважением начать говорить о ней самой, наладить контакт и доверие. Важно найти «человеческие» слова, эмпатически отразить состояние, чувства женщины в этот ключевой момент: «У меня не стоит задача уговорить или отговорить. Я предлагаю Вам просто поговорить о Вас. Решение будет за Вами». Это поможет развернуть разговор о ее отношении к беременности и о принимаемом решении.

Рекомендации в построении диалога. Ошибки

Необходимо избегать следующих шаблонов:

1. Должен, не должен: «Вы не должны переживать...», «Вы должны сказать...»
2. Запреты «нельзя, не имеете право»
3. Оценки (с «не») «не правы», «неправильно»
4. Уход в прошлое: «не надо было», «надо было»
5. Сравнение с другими: «а вот другая на вашем месте»

Возможно использовать «примеры из жизни» в качестве построения перспективы для нравственного разрешения ситуации.

Избегать слов с амбивалентным (двойственным) смыслом, например:

- «залёт» - имеет уничижительный, пренебрежительный смысл, а в эмоциональном контексте – это страх и паника. Можно заменить на «наступившая беременность», «начавшаяся жизнь Вашего ребенка»;
- «эмбрион, плод» заменять на «ребенок»;
- «партнёр» заменять на «парень, мужчина»

Слово формирует отношение человека к ситуации, вкладывает смыслы, влияющие на поступки.

Вышеизложенное можно резюмировать следующим образом.

Зачатия ребенка является важнейшим моментом в жизни женщины, ее мужа, уже рожденных детей, семьи в целом, рода. Потому что в мир пришел человек, даже если он надежно спрятан в женском лоне, его еще не видно, но он уже есть.

Незапланированная беременность всегда вызывает в женщине бурю эмоций и необходимость принять решение: родить ребенка или сделать прервать беременность. И чаще всего ей не хватает информации и поддержки.

Если девушка или женщина забеременела и это не входило в ее планы, то она находится в стрессе. Это вызывает изменение состояния сознания. Женщина реальность воспринимает в очень узком коридоре, она порой не видит очевидные факты. И единственное, чего она хочет – чтобы все неожиданное как можно скорее закончилось. Даже если внешне она кажется спокойной и разумной, то внутреннее состояние может быть противоречивым, кризисным.

Психологическое доабортное консультирование основывается на уважении и понимании того, что происходит с женщиной. Целью доабортного консультирования является оказание психологической поддержки, снятие или ослабление стресса, принятие реальности, повышение осознанности и помощь в принятии решения. Психолог не отговаривает, а предоставляет информацию, повышает осознанность женщиной своих чувств, своего состояния, своих желаний. Решение остается за женщиной. Это ее жизнь, ее ответственность.

УДК 159.9:159.91+613.8:613.9:612.6

DOI 10.32689/2663-0672-2020-2-4-34-38

ГРИГОР'ЄВА Світлана Вікторівна

доктор філософії в галузі медичної психології,
психотерапевт, спеціаліст психоаналітичної психотерапії,
дитячий психотерапевт, заступник керівника секції психоаналізу
Центру сімейної нейрокорекції та психотерапії «Таламус-віта»
м. Одеса, Україна

ORCID ID 0000-0003-3405-9521

**ЗВ'ЯЗОК АСИМЕТРІЇ ТА РИТМІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ З ЯКІСТЮ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ**

Григор'єва С. В., доктор філософії в галузі медичної психології, психотерапевт, спеціаліст психоаналітичної психотерапії, дитячий психотерапевт, заступник керівника секції психоаналізу Центру сімейної нейрокорекції та психотерапії «Таламус-віта»; м. Одеса, Україна. **Зв'язок асиметрії та ритмів головного мозку з якістю репродуктивного здоров'я жінки.**

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, жінка, мозок, асиметрія головного мозку, ритми головного мозку, діада мама-дитина, асиметрія зі співвіднесенням латеральності, прихильність, функціональна спеціалізація півкуль, зорові горби, α -ритм, репродуктивність, післяродовий стрес, патологія розвитку, позна асиметрія.

Анотація. В тезах представлено наші дослідження в системі «мама-дитина» в балансі і в порушенні балансу, а також розглянуто психологічні чинники, що впливають на виникнення порушень репродуктивного здоров'я та ефективність лікування цих порушень. Наші результати вказали на відмінність домінантності структур мозку матері і дитини, локалізованих у таламусі, де розташовані «зорові» або «чутливі горби». На основі цих досліджень нами створена і описана структура взаємодії таламічного водія α -ритму дитини і α -ритму мами в нормі, в патології і в порушенні фертильності.

Григорьева С.В., доктор философии в области медицинской психологии, психотерапевт, специалист психоаналитической психотерапии, детский психотерапевт, заместитель руководителя секции психоанализа Центра семейной нейрокоррекции и психотерапии «Таламус-вита»; г. Одесса, Украина. **Связь асимметрии и ритмов головного мозга с качеством репродуктивного здоровья женщины.**

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, женщина, мозг, асимметрия головного мозга, ритмы головного мозга, диада мама-ребенок,

асимметрия с соотношением латеральности, привязанность, функциональная специализация полушарий, зрительные бугры, α -ритм, репродуктивность, послеродовой стресс, патология развития, поздняя асимметрия.

Аннотация. В тезисах представлены наши исследования в системе «мама-ребенок» в балансе и в нарушении баланса, а также рассмотрены факторы, влияющие на возникновение нарушений репродуктивного здоровья и эффективность лечения этих нарушений. Наши результаты указывают на различие доминантности структур мозга матери и ребенка, локализованных в таламусе, где расположены «зрительные» или «чувствительные холмы». На основе этих исследований нами создана и описана структура взаимодействия таламического водителя α - ритма ребенка и α -ритма мамы в норме, в патологии и в нарушении фертильности.

Grigoryeva S. V., PhD in the field of medical psychology, psychotherapist, psychoanalytic psychotherapist, child psychotherapist, deputy head of the psychoanalysis section of the Center for Family Neurocorrection and Psychotherapy "Thalamus-vita"; Odessa, Ukraine. **The Relationship Between Asymmetry and Brain Rhythms and the Quality of a Woman's Reproductive Health.**

Key words: reproductive health, woman, brain, brain asymmetry, brain rhythms, mother-child dyad, asymmetry with lateral correlation, attachment, functional specialization of the hemispheres, visual cusps, α -rhythm, postpartum stress, reproduction, developmental pathology, postural asymmetry.

Abstract. The abstracts present our research in the "mother-child" system in balance and imbalance, and also consider the psychological factors that affect the occurrence of reproductive health disorders and the effectiveness of treatment of these disorders. Our results indicated a difference in the dominance of maternal and child brain structures located in the thalamus, where "visual" or "sensitive humps" are located. Based on these studies, we have created and described the structure of the interaction of the thalamic driver of the α -rhythm of the child and the α -rhythm of the mother in normal, in pathology and in impaired fertility.

В современном мире чрезвычайно актуальной становится проблема нарушения репродуктивности. Есть два основных типа таких нарушений: осложнение зачатия и осложнение вынашивания беременности. Состояние проблемы иллюстрируется статистикой: в мире насчитывается более 10 млн детей, рожденных при помощи репродуктивных технологий. Важно разделить понятия «репродуктивное здоровье» - способность самостоятельно зачать, выносить и родить ребенка - и «репродуктивная функция» - вспомогательные репродуктивные технологии, которые предоставляют возможность достичь рождения ребенка «обходными путями». Специфика лечения нарушений репродуктивного здоровья заключается еще и в том, что на рождении ребенка проблема не заканчивается: после получения результата от такого лечения, необходимо продолжать реализацию репродуктивной функции в форме выращивания и воспитания ребенка. А это

в свою очередь требует наличия психологической составляющей репродуктивного здоровья: готовности к родительству, родительской компетентности и т.п. Психологическая неготовность к родительству, сама по себе, также является существенным фактором нарушения репродуктивной функции, которая может проявляться в психосоматической форме (нарушение физиологической составляющей репродуктивной функции) и в поведенческой (разные варианты нарушения репродуктивного поведения).

Нашу работу в системе «мама-ребенок» в балансе и в нарушении баланса мы начали с исследования 312 человек - учеников обычной средней школы города Одессы в возрасте 14–15 лет и их матерей.

Мы, с помощью тестов позной асимметрии, проверяли доминантность структур мозга в паре «мама-ребенок» при сопоставлении пальцев рук, скрещивания рук на груди, определения ведущего глаза и ведущей руки при апплодировании.

Результаты пробы определения ведущего глаза у этих пар, внесенные в двухвходовые таблицы ($\chi^2 = 3,88$, $\phi = -0,17$, $Q = -0,34$, $C = -0,17$), показали значимую обратную зависимость в корреляции.

Таким образом, мы выяснили, что в «зрительных буграх» или таламусе у пары «мама-ребенок» формируется функциональная обратная зависимость в доминировании полушарий таламуса.

Известно, что вся сенсорная информация проходит через таламус и обрабатывается им, в зависимости от ведущего полушария,- аналитически или синтетически. В случае несовпадения доминантности полушарий мозга у мамы и ребенка, каждый из пары извлекает из одинаковых сенсорных стимулов разную информацию и по-разному мыслит. Таким образом, можно предположить, что система «мама-ребенок» эволюционно создана для эффективного баланса в межполушарном взаимодействии.

То, как будут проявляться взаимоотношения в паре «мама-ребенок» - в виде сбалансированности или в виде конфликтности - будет зависеть от того, насколько зрелой личностью является мама, т.е. насколько она способна воспринимать кардинально другой способ взаимодействия с миром, который использует ее ребенок, насколько она сможет принять его «инаковость».

Далее, рассмотрим психологическую составляющую установки на материнство, одним из важнейших компонентов которой является мотивационная готовность. Последнюю можно коротко описать как принятие ребенка (на неосознаваемом и осознаваемом уровнях), а также задачи рождения ребенка, видение в этом жизненного смысла, адекватно и динамично встроенного в общую иерархию смысложизненных ориентаций, что обеспечивает своевременное формирование доминанты материнство.

С первых минут зачатия ребенка заложен межполушарный баланс «мама-ребенок». Проведенный В.И. Орловым, А.В. Черноситовым (1997) дисперсионный анализ беременных показал, что «для леводоминантных по мозгу женщин оптимальной, в плане вынашивания беременности, следует считать правостороннюю локализацию плаценты, для праводоминантных-

левостороннюю. Нарушение этого баланса ведет к прерыванию беременности. У пациенток с наступившей и благополучно в последующем завершившейся беременностью отмечалась выраженная электрофизиологическая асимметрия височных зон в доминантном полушарии, где преобладали процессы возбуждения с ослаблением мощности альфа-колебаний и увеличением мощности β -колебаний». Таким образом, если женщина находится в стрессе или β -перевозбуждении коры, то увеличение его уровня для зачатия, возможно, блокируется, так как будет опасно для ее здоровья.

Современная жизнь ставит перед женщиной не только внутрисемейные, но и огромные социальные задачи (работа, общественная деятельность и др.). У эмоционально зрелой и уравновешенной мамы, обладающей гибкостью мышления и межполушарного взаимодействия, есть возможность настраиваться на правополушарное мышление малыша. А если мама склонна вытеснять свою эмоциональную сферу, ей будет тяжелее построить общение с ребенком.

Очень важно для будущей мамы научиться общаться с младенцем спокойно, корректно настраиваться на его резонанс. В первые три года развитие ребенка строится в правополушарной области, поэтому маме в этом периоде надо научиться общаться с ребенком на его языке, формируя фундамент для надежной привязанности и гармоничного развития его личности.

Женщину с бесплодием часто характеризует «мужская» линейная устремленность вперед, неудовлетворенность при вынужденных «застоях» в жизненной динамике, «потере времени». Это препятствует переходу на позицию отдачи своих ресурсов ребенку (причем без ориентации на обратное получение от него), потере своей индивидуальной целостности при переходе в диаду на позицию матери («Я - средство для ребенка»). Активное лидерство женщины в социуме, сопряженное с высоким β -ритмом, гипервозбуждением коры, привычкой переживать стресс, иногда делает затруднительным переключение ее на мягкую материнскую волну с уютом и принятием ребенка.

Далее рассмотрим особенности системы «мама-младенец».

У новорожденного ребенка α -ритм отсутствует и начинает проявляться слабыми импульсами только к 3-х месячному возрасту. Мы знаем, что α -ритм формируется под влиянием импульсов, исходящих из зрительного бугра или таламуса. Основываясь на результатах нашего исследования, можно предположить, что состояние пары «мама–младенец» функционирует так: *ребенок бессознательно подстраивает свой таламический водитель α -ритма под материнский α -ритм, компенсаторно ориентируясь на поддержание сенсорных импульсов матери.*

При этом следует отметить, что у детей с патологией зрения контакт с матерью происходит через сомато-сенсорные пути, которые также замыкаются в таламусе.

Таким образом, в названный нами «четвертый триместр беременности», для формирования здорового развития мозга ребенка маме важно сохранять эмоциональное и психологическое равновесие.

В периоде новорожденности, мама с ребенком находятся в состоянии оннипотентного единства, и можно предположить, что у матери в состоянии стресса, могут включаться структуры защит, когда ее ведущее левое полушарие берет под контроль сенсорные каналы правого полушария ребенка, оставляя его «отключенным» от восприятия сигналов внешнего мира. Если у мамы новорожденного доминирует β -ритм перевозбуждения коры, который появляется при стрессе и мыслительной активности, то младенец настраивает свой таламический водитель на β -ритм гипервозбуждения коры мамы.

Выводы. Таким образом, можно предположить, что в норме баланс системы «мама–ребенок» строится на межполушарном контрлатеральном взаимодействии, и что готовность к материнству строится на готовности к гибкости мышления, а бесплодие следует рассматривать как эволюционную защиту здоровья будущего поколения. Поэтому коррекция нарушений касается не столько восстановления репродуктивной функции, сколько внимания к репродуктивному здоровью женщины, куда входит: психологическая работа с мотивацией родительства, психологическая подготовка и сопровождение процесса лечения, психологическая помощь на этапе выращивания и воспитания ребенка. Реализация данного подхода на практике требует специальной подготовки психологов и психотерапевтов в области репродуктивной психологии, репродуктивной психосоматики, психологического консультирования и психотерапии по проблемам нарушений репродуктивного здоровья и их лечения.

ГРИСЬ Антоніна Михайлівна

доктор психологічних наук, професор,
директор Навчально-наукового інституту
міжнародних відносин і соціальних наук
ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія
управління персоналом»
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0002-0153-2303

**ДЕЯКІ ОРІЄНТИРИ МАЙБУТНІМ ФАХІВЦЯМ ДЛЯ РОБОТИ З
ДЕВІАНТНИМИ НЕПОВНОЛІТНИМИ**

Грись А. М., доктор психологічних наук, професор, директор Навчально-наукового інституту міжнародних відносин і соціальних наук ПрАТ «ВНЗ «МАУП», м. Київ, Україна. **Деякі орієнтири майбутнім фахівцям для роботи з девіантними неповнолітніми.**

Ключові слова: девіантні неповнолітні, психологи, дезадаптивні стратегії поведінки, адаптація неповнолітніх.

Анотація. Ситуація, що склалася сьогодні в Україні, відкрито демонструє прояви крайніх варіантів дезадаптації як окремих осіб, так і великих груп людей, що призводить до поширення негативних соціально-психологічних явищ серед широких верств населення та порушує відчуття безпеки кожної особистості. Отже, потреба в новій парадигмі адаптації девіантів до соціокультурного середовища зростає в умовах соціальної, економічної та політичної нестабільності. Тому сьогодні існує потреба всебічного осмислення середовищного контексту дезадаптивної поведінки неповнолітніх, специфіки їх самосвідомості, чинників, що її обумовлюють, та розробки інноваційних підходів до адаптації неповнолітніх як системи особистісних компонентів, які тісно пов'язані між собою та відображають картину внутрішнього світу особистості девіантів. У нашій моделі, ключовою мішенню для психотерапевтичних інтервенцій має стати «Образ «Я» девіантів, який розглядається в сукупності складових його елементів. Значна увага має приділятися, зокрема, вивченню професійно-важливих якостей психологів, необхідних для роботи з означеним контингентом.

Грись А. М., доктор психологических наук, профессор, директор Учебно-научного института международных отношений и социальных наук ЧАО «ВУЗ «МАУП», г. Киев, Украина. **Некоторые ориентиры будущим специалистам для работы с девиантными несовершеннолетними.**

Ключевые слова: девиантные несовершеннолетние, психологи, дезадаптивные стратегии поведения, адаптация несовершеннолетних.

Аннотация. Ситуация, сложившаяся сегодня в Украине, открыто демонстрирует проявления крайних вариантов дезадаптации как отдельных лиц, так и больших групп людей, что приводит к распространению негативных социально-психологических явлений среди широких слоев населения и нарушает чувство безопасности каждой личности. Итак, потребность в новой парадигме адаптации девиантов в социокультурной среде возрастает в условиях социальной, экономической и политической нестабильности. Поэтому сегодня существует необходимость всестороннего осмысления средового контекста дезадаптивного поведения несовершеннолетних, специфики их самосознания, факторов, ее обуславливающих, и разработки инновационных подходов к адаптации несовершеннолетних как системы личностных компонентов, которые тесно связаны между собой и отражают картину внутреннего мира личности девиантов. В нашей модели, ключевой мишенью для психотерапевтических интервенций должен стать «Образ» Я »девиантов, который рассматривается в совокупности составляющих его элементов. Значительное внимание должно уделяться, в частности, изучению профессионально важных качеств психологов, необходимых для работы с данным контингентом.

Gris A. M., PhD, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Director of the Educational and Scientific Institute of International Relations and Social Sciences of The Private Joint-Stock Company “Higher Educational Institution “Interregional Academy of Personnel Management”, Kyiv, Ukraine. Some Guidelines for Future Professionals to Work with Deviant Minors.

Key words: deviant juveniles, psychologists, maladaptive behavioral strategies, juvenile adaptation.

Abstract. The current situation in Ukraine openly demonstrates the manifestations of extreme maladaptation of both individuals and large groups of people, which leads to the spread of negative socio-psychological phenomena among the general population and violates the sense of security of each individual. Thus, the need for a new paradigm of adaptation of deviants to the socio-cultural environment is growing in conditions of social, economic and political instability. Therefore, today there is a need for a comprehensive understanding of the environmental context of maladaptive behavior of minors, the specifics of their self-awareness, the factors that determine it, and developing innovative approaches to the adaptation of minors as a system of personal components that are closely interconnected and reflect the picture of the inner world of the deviant personality. In our model, the key target for psychotherapeutic interventions should be the "I" image of deviants, which is considered in the set of its constituent elements. Considerable attention should be paid, in particular, to the study of professionally important qualities of psychologists needed to work with this contingent.

Ситуація, що склалася сьогодні в Україні, відкрито демонструє прояви крайніх варіантів дезадаптації як окремих осіб, так і великих груп людей, що призводить до поширення негативних соціально-психологічних явищ серед широких верств населення та порушує відчуття безпеки кожної особистості.

Найбільш сумним є те, що дезадаптивні стратегії поведінки стали характерними для деяких представників політичної еліти, які, навпаки, мали би бути зразками високої моральної, психологічної та соціальної зрілості. Такі тенденції викликають відповідні агресивні реакції з боку суспільства, що призводить до виникнення як внутрішньогрупових, так і міжгрупових конфліктів, які породжують нові причини дезадаптації неповнолітніх.

Багаторічні спроби переорієнтуватися з колективізму на індивідуалізм, гонитва за успіхом призвели до дуже виразного домінування матеріальних цінностей і, відповідно, майже повної втрати моральних пріоритетів.

Отже, потреба в новій парадигмі адаптації девіантів до соціокультурного середовища зростає в умовах соціальної, економічної та політичної нестабільності. Тому сьогодні існує потреба всебічного осмислення середовищного контексту дезадаптивної поведінки неповнолітніх, специфіка їх самосвідомості, чинників, що її обумовлюють.

Сьогодні існує потреба в розробці інноваційних підходів до адаптації неповнолітніх як системи особистісних компонентів, які тісно пов'язані між собою та відображають картину внутрішнього світу особистості девіантів. Зокрема, йдеться про їх побудову на основі глибокого розуміння майбутніми фахівцями природи психологічних травм, які є характерними для більшості дезадаптованих неповнолітніх, що виражається у розщепленні їх внутрішнього світу, фрагментації їх свідомості, втраті зв'язку зі своїм істинним «Я», небажанням виходити зі стану дезадаптації тощо. Така уважність до сутності особистісних характеристик дезадаптованих неповнолітніх дає змогу майбутнім психологам зрозуміти психологічні механізми виникнення та функціонування порушень і відповідно віднайти адекватні засоби для їх подолання.

Значна увагу сьогодні слід приділити розвитку дослідницьких умінь, бо вони дійсно займають вагоме місце в роботі психолога з дезадаптованими неповнолітніми, а також тих психологічних перешкод студентів, які стоять на шляху до вибору напрямку професійної діяльності психолога з дезадаптованими неповнолітніми.

Зокрема, система підготовки майбутнього фахівця має включати систему орієнтовних блоків: теоретичного, навчально-методичного, дослідницького, технологічного. Єдність, взаємозв'язок і взаємообумовленість цих блоків визначатиме цілісність системи підготовки студентів до взаємодії з соціально дезадаптованими неповнолітніми.

Водночас, слід серйозну увагу надати питанням психологічної безпеки майбутнього фахівця від впливу негативних чинників різної природи в роботі з соціально дезадаптованими неповнолітніми, профілактиці їх емоційного вигорання та створення умов для розвитку психологічної стійкості.

Побудована чітка послідовність дій для майбутнього фахівця може слугувати початковим орієнтиром у процесі роботи з девіантами та активізувати творчі починання психолога. Водночас, створені на сьогодні моделі адаптації мають бути відкритими для поповнення їх новими складовими у відповідності із психологічними особливостями дезадаптованих неповнолітніх, конкретною ситуацією та обставинами, в яких відбувається вирішення професійної задачі.

Широта охоплення явищ, що впливають на дезадаптацію неповнолітніх,- психологічні травми, емоційні порушення, ціннісні орієнтації, смисли, структура характеру, копінг-стратегії, які сприяють розумінню природи девіантної поведінки,- забезпечують як теоретичне, так і практичне підґрунтя для роботи з означеним контингентом.

Важливим є глибокий аналіз підходів до визначення критеріїв оцінки дезадаптації неповнолітніх, на їх основі визначається характер симптомокомплексів, що стали причинами порушення адаптивних процесів. Вони ж виступають у якості мішені при здійсненні психологічних впливів.

У нашій моделі, ключовою мішенню для психотерапевтичних інтервенцій має стати «Образ «Я» девіантів, який розглядається в сукупності складових його елементів.

Значна увага має приділятися особистісному чиннику готовності психологів, зокрема вивченню професійно-важливих якостей майбутніх фахівців, необхідних для роботи з означеним контингентом.

ГУДІНОВА Ірина Леонідівна

науковий співробітник лабораторії
когнітивної психології Інституту психології
імені Г.С. Костюка НАПН України
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0001-5297-8340

КОДУВАННЯ НА ПЕРСПЕКТИВУ, СВІТОГЛЯДНІ ПОГЛЯДИ, ІДЕНТИФІКАЦІЙНУ ПОЗИЦІЮ ОСОБИСТОСТІ ЗА ПОСЕРЕДНИЦТВОМ ЧУЖИХ СМИСЛІВ

Гудінова І. Л. , науковий співробітник лабораторії когнітивної психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України; м. Київ, Україна.
Кодування на перспективу, світоглядні погляди, ідентифікаційну позицію особистості за посередництвом чужих смислів.

Ключові слова: кодування, перспектива, світогляд, ідентифікація, особистість, смисл.

Анотація. Ми спостерігали за тим, як зразкові тексти (які стають мемами) впливають на психологію людини у віртуальному просторі: як за їх посередництвом досягаються життєві цілі, наскільки насиченим стає життя і отримується задоволення від самореалізації. Зразкові тексти (меми), цитатні думки мають силу спонукати до дій і єднання з однорідними життєвими смислами. Привласнені близькі життєві смисли, що містяться в зразкових текстах, сконцентровують людину на створенні нового, а не на боротьбі з минулим. Тому ця тема є актуальною для створення життєвих проєктів.

Гудинова И. Л., научный сотрудник лаборатории когнитивной психологии Института психологии имени Г.С. Костюка АПН Украины; г. Киев, Украина.
Кодирование на перспективу, мировоззренческие взгляды, идентификационную позицию личности посредством чужих смыслов.

Ключевые слова: кодирование, перспектива, мировоззрение, идентификация, личность, смысл.

Аннотация. Мы наблюдали за тем, как образцовые тексты (которые становятся мемами) влияют на психологию человека в виртуальном пространстве: как при их посредничестве достигаются жизненные цели, насколько насыщенным становится жизнь и получается удовольствие от самореализации. Образцовые тексты (мемы), цитатные мысли имеют силу побудить к действиям и единению с однородными жизненными смыслами. Присвоенные близкие жизненные смыслы, содержащиеся в образцовых

текстах, концентрує людину на створенні нового, а не на боротьбі з минулим. По тому ця тема актуальна для створення життєвих проєктів.

Gudinova I. L., researcher at the Laboratory of Cognitive Psychology of The G. S. Kostyuk Institute of Psychology NAPS of Ukraine; Kyiv, Ukraine. **Coding for the Future, Worldviews, Identification Position of the Individual through Other People's Meanings.**

Key words: coding, perspective, worldview, identification, personality, meaning.

Abstract. We observed how exemplary texts (which become memes) affect human psychology in cyberspace: how they achieve life goals, how rich life becomes and the pleasure of self-realization. Exemplary texts (memes), quotation thoughts have the power to motivate action and unity with homogeneous meanings of life. The appropriated close meanings of life contained in the exemplary texts concentrate a person on the creation of the new, and not on the struggle with the past. Therefore, this topic is relevant for creating life projects.

Ми спостерігали за тим, як зразкові тексти (які стають мемами) впливають на психологію людини у віртуальному просторі, тобто як за їх посередництвом досягаються життєві цілі, на скільки насиченим стає життя і отримується задоволення від самореалізації. Зразкові тексти (меми) цитатні думки мають силу спонукати до дій і єднання з однорідними життєвими смислами. Привласнені близькі життєві смисли, які містяться в зразкових текстах сконцентровують людину на створенні нового, а не на боротьбі з минулим. Тому ця тема і є актуальною для створення життєвих проєктів як ніяка інша. Щось на кшталт руху від події до події, від проєкту автора до власного проєкту.

Зразкові тексти, які стають мемом на тривалий, а то і на весь час життя людини, можна назвати лейтмотивом, тобто «сильним текстом», що володіє високим інтертекстуальним потенціалом, переходячи з цитатної думки в інші вербальні континууми. Такі тексти, як правило, існують поза часом і не втрачають свою смислову цінність, тому що їм не притаманні часові, вікові, релігійні, територіальні ознаки, які звужують смислове поле життя. Такі тексти стають значимими з моменту їх створення автором (досягнення смислу) і залишаються актуальними на віки, бо торкаються соціокультурного та чуттєвого буття людини в світі.

Цитатні тексти зараховані до так званих сильних текстів, тому що мають статус значимих і досягнутих шляхом роздумів та занурення у життєві ситуації смислів (Денисова 2003). Також, такі тексти мають колосальну енергоємність, бо в них відображений смисл, настанови до дій, проглядається кінцевий, передбачуваний автором, результат.

Цитатні текстові форми, які стали мемом, підштовхують особистість до проєктування, не повертаючись і не осмислюючи минулі події, але зазвичай меми ставлять під новий кут зору особистісні життєві ситуації з минулого.

Мем, як соціокультурна ціннісно-смилова одиниця/основа, примушує людину мислити локально/стисло - діяти глобально-інтерпретаційно. Зразковий текст (мем) стає потрібною структурою, межами, опорою. Такі текстові мікротиватори призводять до макроповедінки, розширеної за рахунок інтерпретацій.

Присвоєний смисл, минаючи попередні етапи осмислення і віднайдення більш-менш локальної думки серед безлічі інтерпретацій, слугує як старт до особистісних змін через посередництво тільки індивідуальних інтерпретацій.

Пошук смислу - це пошук ціннісної підтримки/ресурсу/регулювання в інших, в соціокультурному досвіді та зразках, «зміни змін» за О. Г. Асмоловим. Потреба в змінах - самозаміна смислів і самозміна вчинків. Далі - постановка питання на вибір цінності, внутрішній світ особистості, свободу, межі свободи, духовність, цілісність особистості, можливості, перспективи, настрої на незліченні самопроекти.

Сприйнятий смисл із соціокультурного оточення є новим рівнем постановки цілі, і лише час стає виміром «народження нового смислу».

Обраний проект (новий смисл) стає «смиловою домінантою», яка визначає значущість сукупності інших сенсів і відносин. Зміст такого проекту людина кладе в основу своєї культури,- це смислотворчість, що дозволяє побудувати структуру індивідуального досвіду, розставити смислові пріоритети. Таким чином, особистий проект стає базисним центром смислотворення.

«Майбутня особа» створює план, в якому функціонують ідеї ідеали, схеми, норми, їх вона досягає, спираючись на мрії, самозобов'язання, самообіцянки. Отже, самопроекування – це прагнення людини до поліпшення (вдосконалення) свого особистого «Я».

Особливості сприйняття інформації в інтернеті такі, що написаний авторський текст стає відбитком людського голосу, а коротка текстова форма для сприйняття стає догмою. Далі, під готові «смили-цілі» шукаємо особисті ресурси. Створюємо подієві проекти, тобто, наповнюємо проект-орієнтир подіями.

УДК 618+612.6:613.8

DOI 10.32689/2663-0672-2020-2-4-46-47

ДЖАБАРА Туркі Рашидович

кандидат медичних наук, лікар-гінеколог вищої категорії,
директор «Клініки доктора Джабара»,
президент Асоціації арабських лікарів України
м. Київ, Україна - м. Дамаск, Сирія

ORCID ID 0000-0002-4768-058X

ШЛЯХИ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Джабара Т. Р., кандидат медичних наук, лікар-гінеколог вищої категорії, директор «Клініки доктора Джабара», президент Асоціації арабських лікарів України; м. Київ, Україна - м. Дамаск, Сирія. **Шляхи збереження репродуктивного здоров'я населення.**

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, фактори ризику, безпліддя, профілактика.

Анотація. Шляхом збереження фертильності населення є усунення тих факторів, що призводять до безпліддя. Це потребує своєчасного звертання за медичною допомогою, а також пов'язане з екологічним, економічним становищем, способом життя та культурним рівнем населення.

Джабара Т. Р., кандидат медицинских наук, врач-гинеколог высшей категории, директор «Клиники доктора Джабара», президент Ассоциации арабских врачей Украины; г. Киев, Украина - г. Дамаск, Сирия. **Пути сохранения репродуктивного здоровья населения.**

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, факторы риска, бесплодия, профилактика.

Аннотация. Путем сохранения фертильности населения является устранение факторов, приводящих к бесплодию. Это требует своевременного обращения за медицинской помощью, а также связано с экологическим, экономическим положением, образом жизни и культурным уровнем населения.

Jabara TR, PhD of Medical Sciences, gynecologist of the highest category, director of the "Dr. Jabara's Clinic", President of the Association of Arab Physicians of Ukraine; Kyiv, Ukraine - Damascus, Syria. **Ways to Preserve the Reproductive Health of the Population.**

Key words: reproductive health, risk factors, infertility, prevention.

Abstract. The way to preserve the fertility of the population is to eliminate the factors that lead to infertility. This requires timely medical treatment, as well as environmental, economic, lifestyle and cultural standards.

Пути сохранения фертильности общества - это устранение тех факторов и причин, которые приводят к бесплодному браку. Причины возникновения бесплодного брака весьма разнообразны. По результатам наших исследований, коррелирующим с данными научной литературы, в 40% случаев имеет место мужской фактор, 40 % случаев - это женские факторы, и в 20 % случаях наблюдаются сочетанные факторы.

Причины, влияющие на фертильность мужчин и женщин, делятся на врождённые и приобретённые.

У мужчин это аномалии мочеполовой системы (гипоспадия, гипоплазия яичек и т. д.) и других органов, участвующих, в конечном итоге, в процессах развития сперматозоидов. Приобретённые - это причины приводящие, прежде всего, к снижению качества спермы (воспалительные процессы, опухолевые, посттравматические, психогенные причины, приводящие к ухудшению качества спермы, которые могут быть связаны с режимом работы, стрессами, интенсивным стилем жизни мужчины, алкоголизмом, курением, экологией) и приводящие к бесплодному браку.

Причины женского бесплодия можно отнести к трём группам причин. Первая группа связана с аномалией женских половых органов, такими как атрезия и гипоплазия влагалища, матки и различные формы деформации врождённого характера. Вторая группа причин связана с нарушением процесса овуляции, в основном это гормональные причины. Третья группа причин связана с нарушением проходимости и функциональности маточных труб.

Поэтому пути достижения сохранения фертильности и репродуктивного здоровья населения неразрывно связаны как со своевременным обращением за медицинской помощью, так и с экологической, экономической обстановкой в стране, а также с образом жизни и культурным уровнем самого общества.

УДК 618.2:159.942: 316.36

DOI 10.32689/2663-0672-2020-2-4-48-51

ДРЕВІЦЬКА Оксана Остапівна

доктор медичних наук, доцент, завідувач
кафеди медичної психології ПрАТ «ВНЗ
«Міжрегіональна Академія управління персоналом»
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0002-1551-9329

ФІЛАТОВА Оксана Аркадіївна

доктор медичних наук, доцент,
професор кафедри медичної психології
ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія
управління персоналом»
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0001-8439-0779

КОЛЯДЕНКО Ніна Володимирівна

доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри
загальномедичних дисциплін і психосоматики
ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія
управління персоналом»
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0003-2099-0163

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА ПЕРЕРИВАННЯ
ВАГІТНОСТІ ТА ПОСТАБОРТНОГО СИНДРОМУ**

Древіцька О.О. - доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри медичної психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; **Філатова О. А.** - доктор медичних наук, доцент, професор кафедри медичної психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; **Коляденко Н. В.**, доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін і психосоматики ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; м. Київ, Україна. **Медико-психологічна профілактика переривання вагітності та постабортного синдрому.**

Ключові слова: вагітність, переривання вагітності, поста бортний синдром, профілактика, психологічна корекція, медична психологія.

Анотація. Через низку психоемоційних та мікросоціальних чинників, деякі жінки зважуються на штучне переривання вагітності. В інших випадках, настання бажаної вагітності завершується викиднем. В обох

випадках, існує ризик розвитку післяабортного синдрому, що проявляється негативними психологічними станами з депресивним настроєм, почуттям провини, страхом безпліддя й наступних викиднів, іншою патопсихологічною симптоматикою, що потребує відповідної медико-психологічної допомоги. Медико-психологічний супровід вагітності сприяє її збереженню завдяки психологічній корекції емоційного стану жінки.

Древицкая О. О. - доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой медицинской психологии ЧАО «ВУЗ «МАУП»; **Филатова О. А.** - доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры медицинской психологии ЧАО «ВУЗ «МАУП»; **Коляденко Н. В.**, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой общемедицинских дисциплин и психосоматики ЧАО «ВУЗ «МАУП»; г. Киев, Украина. **Медико-психологическая профилактика прерывания беременности и постабортного синдрома.**

Ключевые слова: беременность, прерывание беременности, постабортный синдром, профилактика, психологическая коррекция, медицинская психология.

Аннотация. Вследствие ряда психоэмоциональных и микросоциальных факторов, некоторые женщины решаются на искусственное прерывание беременности. В других ситуациях, наступление желанной беременности завершается выкидышем. В обоих случаях существует риск развития постабортного синдрома, который проявляется негативными психологическими состояниями с депрессивным настроением, чувством вины, страхом бесплодия и последующих выкидышей, другой патопсихологической симптоматикой, что требует соответствующей медико-психологической помощи. Медико-психологическое сопровождение беременности способствует ее сохранению благодаря психологической коррекции эмоционального состояния женщины.

Drevitska O. O. – PhD of Medical Sciences, MD, Associate Professor, Head of the Medical Psychology Department, The Private Joint-Stock Company “Higher Educational Institution “Interregional Academy of Personnel Management”; Kyiv, Ukraine; **Filatova O. A.** – PhD of Medical Sciences, MD, Associate Professor, Professor of the Medical Psychology Department, The Private Joint-Stock Company “Higher Educational Institution “Interregional Academy of Personnel Management”; Kyiv, Ukraine; **Koliadenko N. V.**, PhD of Medical Sciences, MD, Associate Professor, Head of the Department of General Medical Disciplines and Psychosomatics, The Private Joint-Stock Company “Higher Educational Institution “Interregional Academy of Personnel Management”; Kyiv, Ukraine. **Medical and Psychological Prevention of Abortion and Post-Abortion Syndrome.**

Key words: pregnancy, abortion, post-flight syndrome, prevention, psychological correction, medical psychology.

Abstract. Due to a number of psycho-emotional and microsocial factors, some women consider abortion. In other cases, the onset of the desired pregnancy

ends in miscarriage. In both cases, there is a risk of developing post-abortion syndrome, which is manifested by negative psychological states with depressed mood, guilt, fear of infertility and subsequent miscarriages, other pathopsychological symptoms that require appropriate medical and psychological care. Medical and psychological support of pregnancy contributes to its preservation through psychological correction of a woman's emotional state.

На жаль, «планування сім'ї» шляхом штучного переривання вагітності, попри всі успіхи контрацепції, розвиток медичних знань про початок життя людини не від народження, а від зачаття, поширення біотичних поглядів і норм як у професійно-науковій медичній спільноті, так і в суспільстві, все ще залишається досить поширеним явищем у нашій країні, ще більше погіршуючи й без того несприятливу демографічну ситуацію. Наші дослідження підтверджують дані наукової літератури про те, що рішення про штучне переривання вагітності жінка приймає, як правило, в стані психоемоційної нестабільності, підвищеної тривожності, невпевненості в завтрашньому дні та здоров'ї майбутньої дитини. Однак переривання вагітності не позбавляє від негативних психічних станів, а, навпаки, є джерелом ще більшого їх розвитку та посилення. Коли ж вагітність є бажаною, але в анамнезі трапляється викидень або кілька викиднів, які також нерідко є наслідком раніше здійсненого штучного аборту, психоемоційні порушення посилюються в рази.

Намагання витіснити зі свідомості почуття провини призводить до дезадаптивної поведінки, впливає на сімейні стосунки жінки та її працездатність, може провокувати шкідливі звички або залежність від седативних препаратів.

Проблема психологічного постабортного синдрому, попри її актуальність і поширеність, залишається недостатньо розробленою в джерелах наукової літератури. Недостатньо й практичних рекомендацій для медичних психологів жіночих консультацій, які стикаються з даною проблемою, яку можна попередити на етапі доабортного консультування.

Обстеження вагітних жінок, які звернулися до жіночої консультації з приводу переривання вагітності, показало наявність у них ряду соматовегетативних порушень, пов'язаних із тривожними переживаннями щодо майбутнього та емоційною нестабільністю, зокрема, лабільність артеріального тиску, серцебиття, больовий синдром тощо. Прикрим фактом виявилось те, що жінки, які зважуються на аборт, не мають установок на усвідомлене материнство, а проблеми настання незапланованих вагітностей вирішують лише шляхом аборту. Водночас, збільшення кількості абортів у анамнезі, як показали наші попередні дослідження (Н. В. Коляденко, 2009), корелює зі збільшенням ризику народження дитини з вродженою патологією.

Психокорекційна робота була спрямована на зниження рівня тривожності, стабілізацію емоційної сфери, формування установок на усвідомлене материнство, профілактику не лише поста бортного синдрому,

але й скоєння абортів, на позитивне ставлення до народження дитини. На основі аналізу «внутрішньої картини вагітності» була розроблена психокорекційна програма, що вміщувала комплексну психологічну корекцію вагітних жінок на сенсорному, емоційному, когнітивному, поведінковому та ціннісному рівнях.

В результаті, в досліджуваних жінок вдалося не лише досягти зникнення негативної психоемоційної та соматовегетативної симптоматики, але й формування в них адекватної моделі подружніх відносин, багатоваріантного позитивного образу майбутнього, а в 10,5% випадків вплинуло на рішення жінок щодо збереження вагітностей, які завершилися народженням здорових немовлят.

Таким чином, корекція психоемоційного стану вагітної жінки є першочерговим завданням медичних психологів у жіночих консультаціях, що потребує підвищення їх кваліфікації в даному напрямку.

ЖИВАГО Христина Сергіївна

кандидат медичних наук, асистент
кафедри психіатрії та наркології Національного
медичного університету імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0002-4857-1924

**МІСЦЕ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РОДИННІЙ
ПРОФІЛАКТИЦІ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ХВОРИХ НА
ШИЗОФРЕНІЮ**

Живаго Х. С., кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця м. Київ, Україна. **Місце когнітивно-поведінкової терапії в родинній профілактиці аутоагресивної поведінки хворих на шизофренію.**

Ключові слова: шизофренія, ауто агресивна поведінка, родинна профілактика, когнітивно-поведінкова терапія.

Анотація. Хворим на шизофренію найбільше всього властиві дефіцитарні та деструктивні предиктори поведінки. Переважають такі его-функції, як дефіцитарна агресія, деструктивна тривога, нарцисизм. Для них характерним є порушення різноманітних сфер соціальної взаємодії, що проявляється в сімейних стосунках, конфліктах із колегами на роботі, що призводить до соціальної ізоляції. Проблемою є попередження рецидиву агресивної поведінки, суїцидальних та аутоагресивних деструктивних спроб. Для цього можуть бути використані антипсихотичні препарати пролонгованої дії та антипсихотики, такі як оланзапін, рисперидон, клозапін тощо. Хоча, вони знижують продуктивну симптоматику шизофренії, утримують стан хворого від розвитку психомоторного збудження, однак не уберігають хворих від рецидиву насильницької поведінки в довгостроковій перспективі. Розробка адаптивних стратегій поведінки на основі когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), орієнтованої на корекцію ригідних когнітивних переконань, дозволила би цьому контингенту хворих більш ефективно проходити процес соціальної реабілітації із залученням родини в напрямі попередження аутоагресивної поведінки. Використання методів КПТ в родинній профілактиці аутоагресивної поведінки у хворих на шизофренію, оснований на діагностиці ключових сфер життя пацієнтів дозволить знизити ризик аутоагресії та зміцнить сімейні стосунки в родинях хворих.

Живаго Х. С., кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені А. А.

Богомольца; г. Киев, Украина. **Место когнитивно-поведенческой терапии в семейной профилактике аутоагрессивного поведения больных шизофренией.**

Ключевые слова: шизофрения, аутоагрессивное поведение, семейная профилактика, когнитивно-поведенческая терапия.

Аннотация. Больным шизофренией более всего свойственны дефицитарные и деструктивные предикторы поведения. Преобладают такие эго-функции, как дефицитарная агрессия, деструктивная тревога, нарциссизм. Для них характерно нарушение различных сфер социального взаимодействия, которое проявляется в семейных отношениях, конфликтах с коллегами на работе, что приводит к социальной изоляции. Проблемой является предупреждение рецидива агрессивного поведения, суицидальных и аутоагрессивных деструктивных попыток. Для этого могут быть использованы антипсихотические препараты пролонгированного действия и антипсихотики, такие как оланзапин, рисперидон, клозапин и др. Хотя, они снижают продуктивную симптоматику шизофрении, удерживают состояние больного от развития психомоторного возбуждения, однако не предохраняют больных от рецидива насильственного поведения в долгосрочной перспективе. Разработка адаптивных стратегий поведения на основе когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), ориентированной на коррекцию ригидных когнитивных убеждений, позволила бы этому контингенту больных более эффективно проходить процесс социальной реабилитации с привлечением семьи в направлении предупреждения аутоагрессивного поведения. Использование методов КПТ в семейной профилактике аутоагрессивного поведения у больных шизофренией, основанное на диагностике ключевых сфер жизни пациентов, позволит снизить риск аутоагрессии и укрепит взаимоотношения в семьях больных.

Zhyvaho Kh. S., PhD in the field of Medical Sciences, Assistant Professor of Psychiatry and Narcology Department, The Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine. **The Place of Cognitive-Behavioral Therapy in the Family Prevention of Autoaggressive Behavior in Patients with Schizophrenia.**

Key words: schizophrenia, auto-aggressive behavior, family prevention, cognitive-behavioral therapy.

Abstract. Patients with schizophrenia are most characterized by deficient and destructive predictors of behavior. Such ego-functions as deficient aggression, destructive anxiety, narcissism prevail. They are characterized by violations of various spheres of social interaction, which is manifested in family relationships, conflicts with colleagues at work, which leads to social isolation. The problem is to prevent recurrence of aggressive behavior, suicidal and autoaggressive destructive attempts. Prolonged antipsychotics and antipsychotics such as olanzapine, risperidone, clozapine and the like can be used for this purpose. Although they reduce the productive symptoms of schizophrenia, keep the patient's condition

from developing psychomotor arousal, but do not protect patients from recurrence of violent behavior in the long run. The development of adaptive behavioral strategies based on cognitive-behavioral therapy (CBT), focused on the correction of rigid cognitive beliefs, would allow this group of patients to more effectively go through the process of social rehabilitation with family involvement to prevent autoaggressive behavior. The use of CBT methods in the family prevention of autoaggressive behavior in patients with schizophrenia, based on the diagnosis of key areas of patients' lives will reduce the risk of autoaggression and strengthen family relationships in families of patients.

Актуальність. Шизофренія є одним із найбільш поширених психічних розладів у світі [1]. Аналіз еґо-структури особистості показав, що хворим на шизофренію найбільше всього властиві дефіцитарні та деструктивні предиктори поведінки. Переважають такі еґо-функції, як дефіцитарна агресія, деструктивна тривога, нарцисизм. Для них характерно порушення різноманітних сфер соціальної взаємодії, що проявляється в сімейних стосунках, конфліктах із колегами на роботі, що призводить до соціальної ізоляції [2]. Проведення оцінки схильності до насильства та його проявів у даної категорії пацієнтів показало, що близько 19% обстежених проявляють той чи інший вид насильства по відношенню до себе чи оточуючих [3]. Проблемою є попередження рецидиву агресивної поведінки, суїцидальних та аутоагресивних деструктивних спроб. Для цього можуть бути використані антипсихотичні препарати пролонгованої дії та антипсихотики, такі як оланзапін, рисперидон, клозапін тощо. Хоча, вони знижують продуктивну симптоматику шизофренії, утримують стан хворого від розвитку психомоторного збудження, однак не уберігають хворих від рецидиву насильницької поведінки в довгостроковій перспективі [4]. Використання КПТ при шизофренії базується на теорії Бека про емоційні розлади [5]. Ці методи є орієнтованими на проблему і спрямовані на зміну помилки або упереджень в коґніціях (як правило, думки чи образи) за участю оцінки ситуацій та модифікації припущень (вірувань) про себе, світ і майбутнє [6].

Розробка адаптивних стратегій поведінки на основі коґнітивно-поведінкової терапії, орієнтованої на корекцію ригідних коґнітивних переконань, дозволило би цьому контингенту хворих більш ефективно проходити процес соціальної реабілітації із залученням родини в напрямі попередження аутоагресивної поведінки.

Метою дослідження стало підвищення якості надання допомоги хворим на шизофренію із проявами аутоагресивної поведінки.

Завданням дослідження було виявити місце та мішені застосування КПТ в родинній профілактиці аутоагресивної поведінки у хворих на шизофренію.

Матеріали і методи. Обстежено 85 пацієнтів на шизофренію. Їх було розподілено на 2 групи: основна (41 осіб), в якій хворі не мали аутоагресивну поведінку в анамнезі, та контрольну (44 осіб) – пацієнти, які мали таку поведінку. Групи статистично не відрізнялися за основними демографічними

та психопатологічними показниками. Всі хворі були обстежені за шкалами PANSS, Калгарі (CDSS), “Причини для життя” (RFL (48 пунктів)), опитувальником визначення звичайної поведінки в стресових ситуаціях (тест Басса-Дарки) та методикою визначення інтегральних форм комунікативної агресивності (Бойко В.В.).

Результати. Враховуючи, що нашим завданням було визначити мішені для застосування КПТ в родинному аспекті, ключовою шкалою, на яку ми спиралися, стала шкала RFL. Відповідно до цієї шкали, найбільш значимими для хворих основної групи були субшкали “відповідальність перед родиною” ($4,2 \pm 1,1$ бали), “переживання за дітей” ($5,1 \pm 0,7$ бали) та “страх самогубства” ($3,6 \pm 0,9$ бали). Низькі показники виявлено в обох групах за субшкалами «страх соціального несхвалення» ($2,1 \pm 1,9$ та $3,2 \pm 1,1$, відповідно ($p > 0,05$)) та «моральне засудження» ($2,9 \pm 1,5$ та $3,5 \pm 0,8$, відповідно ($p > 0,05$)), що може бути пов'язано з особливостями перебігу захворювання, а саме – із розвитком негативної симптоматики та зниження критичності у даній категорії хворих (рисунок 1).

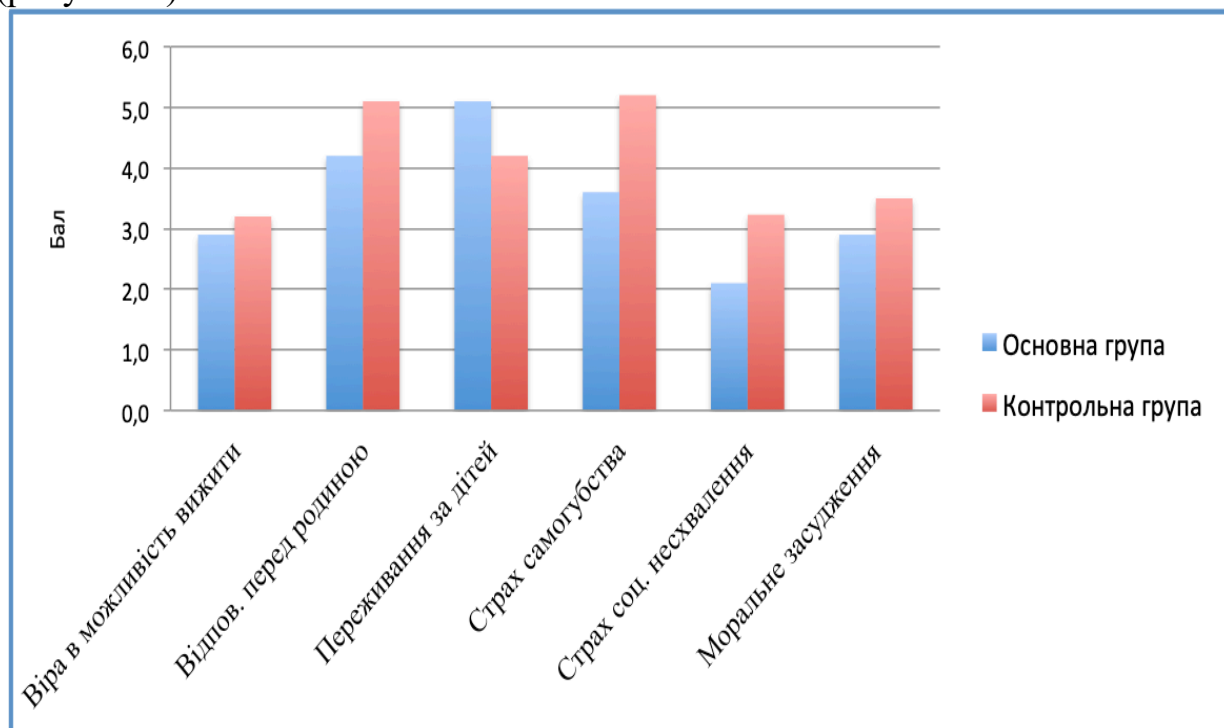


Рис.1. Визначення пріоритетних сфер життя за шкалою RFL для вибору мішеней психотерапевтичних втручань

Відповідно, спираючись на отримані дані, в застосуванні когнітивно-поведінкової терапії мішенями сімейної роботи може бути акцент на цінності, увага до потреб родини та аспектів, які залишаються важливими для хворих або були такими в минулому. Також важливим фактором є страх самогубства, оскільки когнітивні значення, яких пацієнти надають цим актам, є утримуючим фактором. У разі труднощів терапевтичного альянсу, що характерно для даного контингенту, можливою є робота в усіх сферах, навіть тих, які не є надважливими для хворих. Це дозволить підвищити

соціальну відповідальність загалом та дозволить пацієнтам відчувати контроль над своїм станом.

Висновок. Когнітивно-поведінкова терапія, як сучасний інструмент надання психотерапевтичної допомоги не лише окремим пацієнтам, але й їх оточенню, все більше уваги приділяє окремим категоріям хворих. Використання методів КПТ в родинній профілактиці аутоагресивної поведінки у хворих на шизофренію, основане на діагностиці ключових сфер життя пацієнтів, дозволить знизити ризик аутоагресії та зміцнить сімейні стосунки в родинях хворих.

Список використаних джерел

1. Bhugra, D. (2005). The Global Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2(5), 372–373. doi: 10.1371/journal.pmed.0020151
2. Лоскутова В. А. Социально-когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия / В. А. Лоскутова // Социальная и клиническая психиатрия, 2009.- Т. 19.- № 4.
3. Swanson, J. Swartz, M. Lieberman, J., et al. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 63(5), 490–499. [PubMed]
4. Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., et al. (2008). Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*, 193, 37–43. [PubMed]
5. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 2, 356.
6. The case study guide to cognitive behaviour therapy of psychosis / edited by David Kingdon and Douglas Turkington (2002). Chichester: John Wiley and sons, 240p.

УДК 159.98+37.04

DOI 10.32689/2663-0672-2020-2-4-57-60

ЗАК Аліна Олегівна

студентка II курсу кафедри психології
ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія
управління персоналом»

Науковий керівник: **ГРИСЬ Антоніна Михайлівна**

доктор психологічних наук, професор,
директор Навчально-наукового інституту
міжнародних відносин і соціальних наук
ПрАТ «ВНЗ «МАУП»
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0001-5615-260X

ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА ДЕВІАНТНУ ПОВЕДІНКУ ПІДЛІТКІВ

Зак А. О., студентка II курсу кафедри психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП», м. Київ, Україна. **Фактори впливу на девіантну поведінку підлітків.**

Ключові слова: підлітки, девіантна поведінка, фактори.

Анотація. Прояви девіантної поведінки не являються унікальною та новою темою, проте їх дослідження стає особливо актуальним у теперішній час, в переломний період розвитку сучасного суспільства. Нами були розглянуті чинники, які впливають на появу, розвиток та посилення девіантної поведінки в підлітків: соціальні, біологічні та психологічні фактори, які поділяються на зовнішні та внутрішні; соціально-психологічні, індивідуально-психологічні та педагогічні. Дослідження, вивчення та аналіз особливостей прояву девіантної поведінки в підлітків являються дуже цінними та важливими для діагностики даної поведінки, розробки та здійснення відповідних психологічних втручань, спрямованих на корекцію та попередження проявів девіантної поведінки, забезпечення повноцінного якісного розвитку та розкриття майбутньої особистості.

Зак А. О., студентка II курса кафедры психологии ЧАО «ВУЗ« МАУП », г. Киев, Украина. **Факторы влияния на девиантное поведение подростков.**

Ключевые слова: подростки, девиантное поведение, факторы.

Аннотация. Проявления девиантного поведения не являются уникальной и новой темой, однако их исследования становится особенно актуальным в настоящее время, в переломный период развития современного общества. Нами были рассмотрены факторы, влияющие на появление, развитие и усиление девиантного поведения у подростков: социальные, биологические и психологические факторы, которые делятся на внешние и внутренние; социально-психологические, индивидуально-психологические и

педагогические. Исследование, изучение и анализ особенностей проявления девиантного поведения у подростков являются очень ценными и важными для диагностики данного поведения, разработки и осуществления соответствующих психологических вмешательств, направленных на коррекцию и предупреждение проявлений девиантного поведения, обеспечения полноценного качественного развития и раскрытия будущей личности.

Zak A. O., a second-year student of the Department of Psychology, The Private Joint-Stock Company “Higher Educational Institution “Interregional Academy of Personnel Management”; Kyiv, Ukraine. **Factors Influencing the Deviant Behavior of Adolescents.**

Key words: adolescents, deviant behavior, factors.

Abstract. Manifestations of deviant behavior are not a unique and new topic, but their study is becoming especially relevant today, at a critical period in the development of modern society. We have considered the factors that influence the emergence, development and intensification of deviant behavior in adolescents: social, biological and psychological factors, which are divided into external and internal; socio-psychological, individual psychological and pedagogical. Research, study and analysis of the manifestations of deviant behavior in adolescents are very valuable and important for the diagnosis of this behavior, development and implementation of appropriate psychological interventions aimed at correcting and preventing deviant behavior, ensuring quality development and disclosure of future personality.

Прояви девіантної поведінки не являються унікальною та новою темою, проте їх дослідження стає особливо актуальним у теперішній час, в переломний період розвитку сучасного суспільства. Нами були розглянуті чинники, які впливають на появу, розвиток та посилення девіантної поведінки в підлітків: соціальні, біологічні та психологічні фактори, які поділяються на зовнішні та внутрішні; соціально-психологічні, індивідуально-психологічні та педагогічні.

Було організовано та проведено емпіричне дослідження для вивчення специфіки проявів форм девіантної поведінки у підлітків. Вибірку дослідження склали учні 11-го класу віком від 16 до 17 років.

Під час обробки результатів опитування було встановлено наступні дані щодо особливостей прояву різних форм девіацій в учнів старшої школи:

- за опитувальником дослідження рівня агресивності (А. Басс, А. Даркі) серед хлопців на високому рівні є прояви фізичної агресії (у 40,5%), негативізму (у 40,2%) та підозрливості (у 40,0%). В 60,2% старшокласниць фізична агресія відмічена на високому рівні та 39,8% учениць властивий високий рівень непрямой агресії;

- за даними методики «Агресивна поведінка» (Є. П. Ільїн, П. А. Ковальов) показники високих рівнів повністю збігаються у дівчат і хлопців.

Таким чином, для 40,5% юнаків і 40,5% досліджених дівчат властивий високий рівень непрямой фізичної агресії. В 20,0% старшокласниць і старшокласників відмічений високий рівень прямої вербальної агресії і, також, непрямой вербальної агресії. За загальним показником стриманості/нестриманості респондента 40,1% учениць показали високий рівень нестриманості в прояві різних форм агресії до оточуючих. Для порівняння, тільки 10,0% учнів властивий високий рівень нестриманості;

- відповідно до результатів діагностичного опитувальника для виявлення схильності до різних форм девіантної поведінки «ДАП-П» (для учнів загальноосвітніх установ), всі старшокласники не мають низького рівня опору різним формам девіації. Це свідчить про те, що дана досліджувана група добре справляється з потягами, бажаннями, які йдуть врозріз із громадськими нормами та правилами поведінки. Підсумовуючи інтегральну оцінку девіантної поведінки, цікаво відмітити, що, за нашим дослідженнями, 100,0% опитаних юнаків мають середній рівень протистояння, водночас 59,9% старшокласниць властивий середній рівень опору, і 40,1% притаманний йому високий рівень.

Рекомендовано провести психологічні тренінги та психологічні заняття з даною групою респондентів по контролю агресії для усунення погіршення агресивної поведінки до неконтрольованої та для подальшого гармонійного розвитку особистості, а також тренінги з батьками підлітків на тематику багатостороннього розвитку дитини, співбесіди та консультації з приводу вживання алкогольних або наркотичних речовин.

Дослідження, вивчення та аналіз особливостей прояву девіантної поведінки в підлітків являються дуже цінними та важливими для діагностики даної поведінки, розробки та здійснення відповідних психологічних втручань, спрямованих на корекцію та попередження проявів девіантної поведінки, забезпечення повноцінного якісного розвитку та розкриття майбутньої особистості.

Список використаних джерел

1. Слезлер Н. Соціологія /Н. Слезлер.- М.: Фенікс, 1994.- 688 с.
2. Іванова О. М. Девіантна поведінка та сімейне виховання / О. М. Іванова, М. В. Петренко // Проблеми та перспективи формування національної гуманітарно-технічної еліти: Зб. наук. праць НТУ «ХП». Серія «Психологічні проблеми розвитку особистості», 2010.- Вип. 25.- С. 21-218.
3. Кікалішвілі М. В. Девіантна поведінка: поняття та ознаки / М. В. Кікалішвілі // Вісник Академії адвокатури України, 2011.- Вип. 3 (22).- С. 109-122.
4. Намаканов Б. А. Девіантна поведінка підлітків – проблема шкільного виховання / Б. А. Намаканов // Питання психології та виховання.– Наука і школа, 2011.- №1.- С. 212-217.

5. Немченко С. Г. Педагогічна корекція девіантної поведінки старшокласників загальноосвітньої школи : монографія / С. Г. Немченко.– Донецьк, 2008.– 262 с.

6. Товканець О. С. Педагогічні умови профілактики девіантної поведінки учнів професійно-технічних училищ: автореф. дис.. к. пед. н. / О. С. Товканець.– ТНПУ ім. В. Гнатюка.- Тернопіль, 2012.- 21 с.

7. Чайковська О. М. Складові системи чинників девіантної поведінки підлітків / О. М. Чайковська // Проблеми сучасної психології.- Вип. 28.- Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2015.- С. 627-637.

ЗДОРОВЕНКО Наталія Вікторівна
практичний психолог вищої категорії
Спеціальної загальноосвітньої школи «Надія»
м. Київ, Україна

ORCID ID: 0000-0002-6636-7628

ДОСВІД ОНЛАЙН-РОБОТИ ВЧИТЕЛІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ «НАДІЯ» З УЧНЯМИ ІЗ ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПРОБЛЕМАМИ

Здоровенко Н. В., практичний психолог вищої категорії Спеціальної загальноосвітньої школи «Надія», м. Київ, Україна. **Досвід онлайн-роботи вчителів спеціальної загальноосвітньої школи «Надія» з учнями із особливими освітніми потребами.**

Ключові слова: учні, особливі освітні потреби (ООП), дистанційне навчання.

Анотація. Вчителі спеціальної загальноосвітньої школи «Надія» м.Києва мають багаторічний досвід роботи в сфері дистанційного навчання, яке активно практикується паралельно з традиційною очною формою, що проходить як на базі школи так і в домашніх умовах. Для проведення дистанційного навчання, вчителі нашої школи використовують всі доступні засоби, платформи і програми ресурсів мережі Internet, що дозволяють проводити заняття як в режимі он-лайн (живе спілкування), так і для пасивної передачі інформації в файловому форматі (аудіо, відео, текстового) – різні форми поштового зв'язку. Узагальнюючи досвід роботи вчителів школи «Надія», можна зробити наступні висновки-рекомендації для вчителів, які працюють з дітьми з ООП, при проведенні занять в он-лайн режимі: навчання з учнями доцільно проводити індивідуально або міні групами (2-3 учня), якщо вчитель вважає це можливим; постійно контролювати фізіологічно-психічний стан учнів, тримаючи їх в полі зору, вчасно переключатись на інший вид діяльності, не доводити учня до стану, наближеного до виснаження (фізичного чи психічного); інтелектуальне навантаження чергувати з фізкульт-хвилинками для зняття м'язової напруги і підтримання психічної рівноваги; включати перевірку зворотного зв'язку, проводити урок в інтерактивному режимі; залучати батьків до процесу проведення занять чи виконання домашнього завдання, а при необхідності проводити заняття в їхній присутності; дотримуватися часових рамок, підтримуючи імітацію шкільного режиму; активно використовувати відеоматеріали з коментарями: врешті-решт, вербальна інформація опрацьовується мозком, перетворюючись в візуальну, з затратою

інтелектуальних ресурсів. Візуалізація в поєднанні з вербальністю більш ефективна і енергозберігаюча.

Здоровенко Н. В., практичний психолог вищої категорії Спеціальної загальноосвітньої школи «Наdejда», г. Київ, Україна. **Опыт онлайн-работы учителей специальной общеобразовательной школы "Наdejда" с учениками с особыми образовательными потребностями.**

Ключевые слова: ученики, особые образовательные потребности (ООП), дистанционное обучение.

Аннотация. Учителя специальной общеобразовательной школы «Наdejда» г. Киева имеют многолетний опыт работы в сфере дистанционного обучения, которое активно практикуется параллельно с традиционной очной форме, проходит как на базе школы так и в домашних условиях. Для проведения дистанционного обучения, учителя нашей школы используют все доступные средства, платформы и программы ресурсов сети Internet, позволяющие проводить занятия как в режиме он-лайн (живое общение), так и для пассивной передачи информации в файловом формате (аудио, видео, текстовых) - различные формы почтовой связи. Обобщая опыт работы учителей школы «Наdejда», можно сделать следующие выводы-рекомендации для учителей, работающих с детьми с ООП, при проведении занятий в режиме онлайн: обучение с учениками целесообразно проводить индивидуально или мини группами (2-3 ученика), если учитель считает это возможным; постоянно контролировать физиологически психическое состояние учеников, держа их в поле зрения, вовремя переключаться на другой вид деятельности, не доводить ученика до состояния, близкого к истощению (физического или психического) интеллектуальная нагрузка чередовать с физкульт-минутки для снятия мышечного напряжения и поддержания психического равновесия; включать проверку обратной связи, проводить урок в интерактивном режиме; привлекать родителей к процессу проведения занятий или выполнения домашнего задания, а при необходимости проводить занятия в их присутствии; соблюдать временных рамок, поддерживая имитацию школьного режима; активно использовать видеоматериалы с комментариями: в конце концов, вербальная информация обрабатывается мозгом, превращаясь в визуальную, с затратой интеллектуальных ресурсов. Визуализация в сочетании с вербальность более эффективная и энергосберегающая.

Zdrovenko N. V., practical psychologist of the highest category of the Special Secondary School "Nadiya", Kyiv, Ukraine. **Experience of Online Work of Teachers of Special Secondary School "Nadiya" with Pupils which have Special Educational Needs.**

Key words: students, special educational needs (SEN), distance learning.

Abstract. Teachers of the special secondary school "Nadiya" in Kyiv have many years of experience in the field of distance learning, which is actively

practiced in parallel with the traditional full-time form, which takes place both on the school and at home. For distance learning, teachers of our school use all available tools, platforms and programs of Internet resources, which allow to conduct classes both online (live communication) and for passive transmission of information in file format (audio, video, text) - various forms of postal communication. Summarizing the experience of teachers of the school "Nadiya", we can draw general conclusions-recommendations for teachers who work with children with SEN in conducting classes online: training with students should be conducted individually or in groups (2-3 students), if the teacher considers it possible; constantly monitor the physiological and mental state of students, keeping them in sight, in time to switch to another activity, not to bring the student to a state close to exhaustion (physical or mental); intellectual load alternate with physical training minutes to relieve muscle tension and maintain mental balance; include feedback testing, conducting a lesson online; to involve parents in the process of conducting classes or doing homework, and if necessary to conduct classes in their presence; adhere to the time frame, supporting the imitation of the school regime; actively use videos with comments: after all, verbal information is processed by the brain, turning into visual, with the consumption of intellectual resources. Visualization combined with verbality is more efficient and energy efficient.

Вчителі спеціальної загальноосвітньої школи «Надія» м. Києва мають багаторічний досвід роботи в сфері дистанційного навчання, яке активно практикується паралельно з традиційною очною формою, що проходить як на базі школи так і в домашніх умовах. Для проведення дистанційного навчання вчителі нашої школи використовують всі доступні засоби, платформи і програми ресурсів мережі Internet, що дозволяють проводити заняття як в режимі он-лайн (живе спілкування), так і для пасивної передачі інформації в файловому форматі (аудіо, відео, текстового) – різні форми поштового зв'язку.

Навчання саме по собі вимагає від учнів докладання вольових зусиль. В школі до роботи їх стимулюють вчителі (в них свій арсенал засобів заохочення, напрацьований досвідом). При відсутності зовнішніх стимулів, мотивація до навчальної діяльності в більшості учнів значно знижується. Пропонована для загальноосвітніх шкіл форма уроків з подачею матеріалу шляхом пасивного перегляду може бути результативною в разі докладання вольових зусиль з боку учня: має бути внутрішній стимул (здача ЗНО, вступ до ВНЗ, тощо), зовнішній (заохочення чи залякування з боку батьків) або зацікавленість предметом і тематикою (до цієї категорії відноситься дуже малий відсоток школярів).

Така форма проведення уроків з учнями з ООП малоефективна, по-перше, через відсутність вище перелічених стимулів; по-друге через те, що розрахована на учнів з загальноосвітніми потребами з відповідним рівнем сприйняття інформації; по-третє, через порушення в емоційно-вольовій

сфері, які являються неодмінними супроводжуючими елементами при різних формах захворювання таких учнів і відіграють не останню роль; четверте - фізіологічні особливості, пов'язані з проявом відповідного захворювання.

Яким чином працюють вчителі нашої школи з урахування вищезначених проблем, пов'язаних з особливістю здоров'я і психіки учнів? Використовуючи всі доступні ресурси Internet при проведенні уроків враховують фізіологічно-психічний стан і індивідуальні можливості учнів.

10-20 % наших учнів навчаються за загальноосвітньою програмою, але кожен із них має свої особливі освітні потреби. Перша перепона – втомлюваність. Для здорових дітей середнього і старшого віку прийнятним є таке співвідношення часу роботи: в статичному режимі (слухання, читання, писання) – 23 хвилини, фізичний рух – 7 хвилин. При цьому зберігати безперервну зосередженість на предметі учні здатні близько 4-8 хвилин.

У випадку роботи з нашими учнями, співвідношення часу зосередженості, статичності і рухливості визначається індивідуально і сильно варіює. Діти швидше втомлюються через те, що зосередженість та інтелектуальне напруження потребують затрати енергетичних ресурсів організму. Перенавантаження в інтелектуальному плані виливається у виснаження організму в цілому, і, як наслідок, можуть спостерігатися психічні зриви. Вчитель має запобігти такому розвитку подій, вчасно переключивши учня з одного виду діяльності на інший. Для того, щоб мати змогу контролювати фізіологічно-психічний стан і попереджувати виснаження та психічні зриви, він повинен обов'язково бачити учня (його міміку, позу, рухи, вираз обличчя), чути (тембр, емоційність голосу тощо), і вчасно відреагувати на ситуацію.

Що стосується подачі і засвоєння самого навчального матеріалу, то тут використовується ще більше інтерактивності, ніж при контролі фізіологічних проявів. Вчитель контролює засвоєння кожного нового елемента поданого матеріалу (запитує чи зрозуміло, просить повторити, переказати, задає відповідні теми питання). Для дітей з ООП це необхідно: якщо інформація не зрозуміла, то учень або втрачає інтерес і подальша розробка теми вчителем не актуальна (потім доведеться повертатися і знову все повторювати), або впадає в стресовий стан (стосується дітей з психопатіями та нестійкою психікою), що запускає низку процесів, результатом яких стане нервовий вибух.

Отже, працюючи з цією категорією учнів в режимі он-лайн, вчитель використовує такі ж підходи як і при індивідуальній роботі в школі чи вдома, але ускладнені дистанційним режимом. Елемент контролю фізіологічно-психічного стану учня залишається домінуючим: вчасно переключитись на інший вид діяльності, зробити перерву на розминку, чай, повторити матеріал, проконтролювати його засвоєння, т.п.

40% дітей школи навчається за програмою затримки психічного розвитку (ЗПР). Співвідношення часу «зосередження-сприймання-обробка інформації» (статичний режим) – «фізична активність» зрівнюється майже до

1:1. Робота з такими учнями включає всі вищеперераховані проблеми, з додаванням складнощів у поданні нового матеріалу. По-перше, сам матеріал повинен містити інформацію в доступній для них формі (відомі терміни, прості формулювання, тощо). По-друге, має переважати візуальна частина: картинки, відео. По-третє, має значення темп мовлення і емоційність голосу вчителя (чи коментатора відео), яким передається інформація. Темп мови вчителя повинен входити в резонанс із темпом сприйняття учня (індивідуальна складова), відповідно, вчитель має прилаштуватись до кожного з них, обравши ту швидкість і силу голосу, які будуть сприйматись кожним конкретним учнем.

Отже, працюючи онлайн з такою категорією школярів, вчитель вибудовує максимально інтерактивний урок: постійно перевіряє зворотний зв'язок, абстрактну інформацію подає в меншій кількості, чергуючи її з відеорядом, додаючи коментарі і пояснення, одночасно відповідаючи на виникаючі питання. Фактично, подання нового матеріалу і виконання домашнього завдання для закріплення проводиться в рамках одного уроку. При цьому вчитель має контролювати фізіологічно-психічний стан учнів для вчасного запобігання негативних проявів з боку психіки чи фізіології, частіше спонукати до коротких фізичних розминок. Все це можливо при індивідуальній формі роботи он-лайн, чи малими групами до 2-3 осіб.

50-60% учнів навчають за програмою для дітей розумової відсталості (РВ) або помірної розумової відсталості (ПРВ). Для частини з них навчання онлайн з використанням комп'ютера практично неможливе. Причин декілька: 1- нездатність дитини зосереджуватися на певному предметі достатньо часу (в даному випадку таке зосередження триває секунди); 2- нездатність сприймати зображення на моніторі як реальність (двомірність і обмеження розмірів картинки на моніторі треба співвіднести з тривимірністю оточуючого світу); 3- комп'ютер ставиться в розряд іграшок, відповідно й те, що передає монітор, сприймається як розмальовка цієї іграшки. Можливі і інші варіанти відхилень, але результат однаковий – неможливість змусити дитину сприймати монітор комп'ютера так само як вчителя. Принаймні, не так швидко, як того вимагають теперішні умови – комусь знадобляться місяці, комусь роки.

В таких випадках процес навчання включає додаткову ланку – батьків - і відбувається в режимі передачі інформації від вчителя до дитини через маму, тата, бабусю, дідуся чи інших родичів, які погодилися взяти на себе таку відповідальність. Тема і матеріали уроку передаються відповідальній особі у вигляді файлів (текстових, відео, аудіо) з детальним описом застосування. Попередньо зв'язавшись з учителем, відповідальний за навчання дитини отримує детальні інструкції та самостійно проводить заняття. При необхідності вчитель залишається на зв'язку і керує процесом (дає пояснення і вказівки особі, яка виконує роль вчителя).

Складність полягає в тому, що дитині важко сприймати родичів так само, як учителя – ці ролі чітко окреслені і належать конкретним особам.

Тобто, щоб розпочати процес навчання, потрібно бути у відповідному середовищі і слухати відповідну особу. Тут уже батьки мають виявити креативність і створити відповідні умови, чи якимось чином створити ілюзію школи і класу. Іноді достатньо поставити фотографію вчителя, щоб дитина увійшла в роль учня. Можливо використовувати якісь речі, що асоціюються з учителем (окуляри, шарф, сумка, книжка, тощо).

По завершенні роботи, відповідальний звітує перед учителем (замість учня). В такій міні-наradі обговорюються сильні та слабкі сторони дитини в навчанні, випрацьовуються оптимальні шляхи подальшої роботи.

Для тієї частини учнів, які здатні сприймати вчителя з екрану, проводяться онлайн заняття з урахуванням фізіологічних особливостей кожного з них і психологічної налаштованості. Подача нового матеріалу (за планом навчання) підкріплюється візуалізацією (картинки, відео), при необхідності з аудіо-супроводом. Постійно перевіряється зворотній зв'язок. Інформаційна частина не має перевищувати 10-15 хвилин, з перервою на фізичну розминку, до якої доречно додавати використання елементів психогімнастики (і як закріплення матеріалу в тому числі).

При такій формі роботи батьки виконують роль доглядача, помічника і керуючого технічною стороною питання (при необхідності).

Категорії учнів підвищеної складності, які потребують особливої уваги і форми проведення уроків.

Зазначимо, що всі учні, які займаються дистанційно, попередньо проходять медичний огляд і мають довідку-допуск до роботи на комп'ютері. Але є категорії учнів, яким хоча і дозволено користування ПК, однак вони потребують підвищеної уваги як із боку вчителя, так і батьків, які працюють в тандемі.

Однією із категорій підвищеної складності для навчання являються «немовленеві» учні з руховими порушеннями – ДЦП. Батьки беруть активну участь в організації навчального процесу (підготовка – ввімкнення комп'ютера, підключення до мережі, тощо), а також, у разі необхідності, в самому процесі навчання.

В тих випадках, коли вчитель добре знає свого учня і розуміє його реакції у відповідь на поставлені питання, урок може проводитися без допомоги батьків. Подаючи матеріал (форму і спосіб подачі вибирає вчитель) з коментарями, поясненнями і т.п., вчитель, спостерігаючи за реакціями учня, орієнтується в напрямку руху своїх подальших дій стосовно проведення уроку: повернутися до попереднього, повторити, пояснити більш детально, тощо. Таким же чином проводиться і перевірка попереднього матеріалу: готуються запитання в тестовій формі, на які потрібна відповідь «так» чи «ні». За вибором учителя, тестування можна проводити усно на початку уроку, перед подачею нового матеріалу, або письмово, в якості домашнього завдання, яке учні виконують, самостійно користуючись комп'ютером (якщо це їм до снаги), або з допомогою дорослих.

В більш складних випадках, коли вчитель сам не в змозі розпізнати реакції учня, урок проходить із кимось із батьків. На таких уроках відповіді за учня дає супроводжуючий.

Підвищеної уваги до чіткості в дотриманні часу, зазначеного плану уроку, послідовності при поданні матеріалу вимагає від вчителя робота з учнями, які мають аутистичні прояви. Порушення системи, особливо це стосується часових рамок (початок і закінчення уроку, перерва, не завжди адекватно сприймається учнями й може стати причиною порушення тонкої психічної рівноваги з негативними наслідками і бурхливою реакцією. Необхідно враховувати ці фактори і дуже педантично дотримуватись усіх заздалегідь зазначених правил, про які домовилися з учнем.

Окремої уваги заслуговує робота з учнями із епілепсією. Вчитель повинен постійно тримати в полі зору такого учня, контролювати його стан, не перевантажувати інформацією, чергувати теми, вчасно переключатися на розминку, відриваючи учня від монітору, і в разі настання кризи швидко викликати батьків.

Підсумовуючи вищесказане і узагальнюючи досвід роботи вчителів школи «Надія», можна зробити загальні висновки-рекомендації для вчителів, які працюють з дітьми з ООП при проведенні занять в онлайн режимі:

- навчання з учнями доцільно проводити індивідуально, або міні групами (2-3 учня), якщо вчитель вважає це можливим;
- постійно контролювати фізіологічно-психічний стан учнів, тримаючи їх в полі зору, вчасно переключатись на інший вид діяльності, не доводити учня до стану близького до виснаження (фізичного чи психічного);
- інтелектуальне навантаження чергувати з фізкультхвилинками для зняття м'язової напруги і підтримання психічної рівноваги;
- включати перевірку зворотного зв'язку, проводити урок в інтерактивному режимі;
- залучати батьків до процесу проведення занять чи виконання домашнього завдання, а при необхідності проводити заняття в їхній присутності;
- дотримуватись часових рамок, підтримуючи імітацію шкільного режиму;
- активно використовувати відеоматеріали з коментарями: врешті решт вербальна інформація опрацьовується мозком, перетворюючись в візуальну з затратою інтелектуальних ресурсів. Візуалізація в поєднанні з вербальністю більш ефективна і енергозберігаюча.

УДК 27-46:618:614.2

DOI 10.32689/2663-0672-2020-2-4-68-80

КОЛЯДЕНКО Ніна Володимирівна

доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри
загальномедичних дисциплін і психосоматики
ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія
управління персоналом»
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0003-2099-0163

ПОДВИЖНИЦЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ ВЕЛИКОЇ КНЯГИНИ ОЛЕКСАНДРИ ПЕТРІВНИ РОМАНОВОЇ (СВ. АНАСТАСІЇ КИЇВСЬКОЇ) В СТАНОВЛЕННІ ВІТЧИЗНЯНОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ ТА ЗАХИСТІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК

Коляденко Н. В., доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри загально медичних дисциплін і психосоматики ПрАТ «ВНЗ «МАУП», м. Київ, Україна. **Подвижницька діяльність Великої княгині Олександри Петрівни Романової (св. Анастасії Київської) в становленні вітчизняної медичної школи та захисті репродуктивного здоров'я жінок.**

Ключові слова: лікарня Покровського монастиря, репродуктивне здоров'я, св. Анастасія Київська.

Анотація. Таємно прийнявши чернецтво з іменем Анастасія, Олександра Петрівна Романова продала всі свої коштовні прикраси та вклала гроші в побудову Київського Покровського жіночого гуртожитного монастиря-лікарні. Врешті, лікарня стала найбільшою в Південно-Західному регіоні, відрізнялася найсучаснішим на той час обладнанням, лікування проводилося в нерозривному зв'язку із науковими дослідженнями, - в ній працювали лікарі, яких сьогодні ми знаємо як видатних фахівців, відомих науковців - засновників медичних шкіл.. Високі результати досягалися не лише лікуванням і його науковим супроводом, але й завдяки приділенню уваги догляду за пацієнтами, наданню їм духовної та психологічної підтримки.

Досвід організації медичної допомоги, зокрема, лікування та профілактики гінекологічних захворювань, духовно-психологічного супроводу пацієнтів у лікарні Покровського монастиря, заслуговує на увагу й використання в сьогоднішньому процесі реформування вітчизняної медицини.

Коляденко Н. В., доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой общемедицинских дисциплин и психосоматики ЧАО «ВУЗ «МАУП », г. Киев, Украина. **Подвижническая деятельность Великой княгини**

Александры Петровны Романовой (св. Анастасии Киевской) в становлении отечественной медицинской школы и защите репродуктивного здоровья женщин.

Ключевые слова: больница Покровского монастыря, репродуктивное здоровье, св. Анастасия Киевская.

Аннотация. Тайно приняв монашество с именем Анастасия, Александра Петровна Романова продала все свои драгоценные украшения и вложила деньги в строительство Киевского Покровского женского общежительного монастыря-больницы. В результате, больница стала крупнейшей в Юго-Западном регионе, отличалась современным на то время оборудованием, лечение проводилось в неразрывной связи с научными исследованиями, - в ней работали врачи, которых сегодня мы знаем как выдающихся специалистов, известных ученых - основателей медицинских школ. Высокие показатели достигались не только лечением и его научным сопровождением, но и благодаря уходу за пациентами, предоставлению им духовной и психологической поддержки. Опыт организации медицинской помощи, в частности, лечения и профилактики гинекологических заболеваний, духовно-психологического сопровождения пациентов в больнице Покровского монастыря, заслуживает внимания и использования в сегодняшнем процессе реформирования отечественной медицины.

Koliadenko N. V., PhD, MD, Associate Professor, Head of the Department of General Medical Disciplines and Psychosomatics, The Private Joint-Stock Company "Higher Educational Institution "Interregional Academy of Personnel Management"; Kyiv, Ukraine. The Ascetic Activity of Grand Duchess Alexandra Petrovna Romanova (St. Anastasia of Kyiv) in the Formation of the National Medical School and the Protection of Women's Reproductive Health.

Key words: Pokrovsky Monastery Hospital, Reproductive Health, St. Anastasia of Kyiv.

Abstract. Having secretly accepted monasticism by the name of Anastasia, Oleksandra Petrovna Romanova sold all her valuable jewelry and invested in the construction of the Kyiv Pokrovsky convent dormitory-hospital. Eventually, the hospital became the largest in the South-West region, with the most modern equipment at the time, treatment was carried out in inseparable connection with scientific research, - it employed doctors, whom we know today as outstanding specialists, famous scientists - founders of medical schools. High results were achieved not only by treatment and its scientific support, but also by paying attention to patient care, providing them with spiritual and psychological support. The experience of organizing medical care, in particular, treatment and prevention of gynecological diseases, spiritual and psychological support of patients in the hospital of the Pokrovsky Monastery, deserves attention and use in today's process of reforming domestic medicine.

У 1980-х роках, будучи студентами, ми були направлені на проходження практики в заклад, який розміщувався в старовинній будівлі на мальовничому пагорбі, звідки відкривався чудовий вид на Дніпро. Табличка на дверях цього закладу провіщала, що тут знаходиться «Центральний міський абортарій». І відбувалися в ньому, в середньому, біля 30 абортів за день. Відчуття психологічного дискомфорту, якоїсь тривожності, спонукало нас тоді всіма силами уникнути такої практики, яку ми, завдяки домовленості з керівництвом від «бази», пройшли за два дні замість двох тижнів. Але подумки ми час від часу поверталися до цього дивного місця – контрасту між гарною природою і страшним написом на дверях, щось бентежило душу.

Проїшли роки, «абортарій» закрили, засяяв золотими куполами відновлений Покровський монастир.

Я завершувала докторську дисертацію, присвячену категорії духовного здоров'я та організації допомоги хворим дітям. І раптом, несподівано, зі столітньої давнини, отримала благословення на цю роботу... від Олександри Петрівни Романової – засновниці Покровського монастиря, де, як виявилось, був надрукований перший у нашій країні підручник із дитячої психіатрії. Завершення дисертаційної праці співпало з канонізацією матінки Анастасії...

Насправді, ця історія почалася набагато раніше - майже 200 років тому, в мальовничому садочку на київських пагорбах, де любила збиратися на гулянки молодь. Тоді відомий подвижник Києво-Печерської Лаври, блаженний ієросхимонах Феофіл, який тепер причислений до лику святих, сказав тодішньому власнику цієї ділянки купцю Диковському, що це святе місце, на якому буде явлена Божа благодать і збудований княжий дівичий монастир (рис. 1).

Збудувати його судилося через 75 років потому Великій Княгині Олександрі Петрівні Романовій, в чернецтві Анастасії, чие важке, трагічне й подвижницьке життя можна назвати ілюстрацією біблійного виразу про те, що «Сила Божа в слабкості звершується».



Рис. 1. Св. Блаженний Феофіл провіщує купцю Диковському про будівництво Покровського монастиря

Олександра Петрівна Романова (1838-1900) – уроджена принцеса Ольденбургська (рис. 2). Її батьки, Петро-Георг Ольденбурзький і Терезія-Вінгельміна Нассауська – були відомі своєю благодійною діяльністю. Батько очолював засноване дружиною Павла I імператрицею Марією Відомство по управлінню благодійністю в Російській імперії, її брат сприяв початку наукової діяльності тоді молодого ученого І. П. Павлова, якого в 1904 р. запросив працювати в створений ним Інститут експериментальної медицини, і за цю роботу в 1904 р. вченому було присуджено Нобелівську премію. Мати ж заснувала першу в Росії Свято-Троїцьку общину сестер милосердя. З дитинства Олександра Петрівна з шестирічного віку допомагала батькам, які навчили її любити хворих, допомагати нужденним.



Рис. 2. Олександра-Фрідеріка-Вінгельміна принцеса Ольденбургська

В 1859 р. в Санкт-Петербурзі, в Галерній гавані, Олександра Петрівна заснувала Покровську общину сестер милосердя, яка мала лікарню, клінічну амбулаторію, притулок для породіль, відділення для дівчаток-сиріт молодшого віку, училище для навчання фельдшерниць, а під час російсько-турецької війни 1877-1878 рр. на власні кошти організувала санітарний загін, також вона очолювала Союз дитячих притулків Відомства закладів імператриці Марії (рис. 3).



а)



б)



в)

Рис. 3. Велика княгиня Олександра Петрівна Романова: (а) фото; б) парадний портрет; в) з чоловіком – Великим князем Миколою Миколайовичем – і сестрами Миколою та Петром)



Рис. 4. Велика княгиня Олександра Петрівна Романова під час хвороби



Рис. 5. Велика княгиня Олександра Петрівна Романова на інвалідному візку

У доньки купця Диковського Феодосії придбала ділянку Олександра Петрівна, не знаючи про пророцтво, а коли дізналася, була вражена й відслужила молебн на могилі старця Феофіла.

В процесі створення обителі, Олександра Петрівна й сама змогла, нарешті, підвестися на ноги, в чому відомий київський лікар-хірург Володимир Опанасович Караваєв побачив дивну Божу допомогу, тому що медицина, попри всі зусилля, не давала жодних утішних прогнозів при такій хворобі.

Таємно прийнявши чернецтво з іменем Анастасія (рис. 6, 7, 8), Олександра Петрівна продала всі свої коштовні прикраси та вклала гроші в побудову Київського Покровського жіночого гуртожитного монастиря-лікарні, створивши цілий комплекс із храмами, келіями для черниць, лікарні на 125 ліжок для малозабезпечених хворих усіх християнських

віросповідань, притулками для невиліковно хворих (те, що сьогодні має назву «хоспіс») та для сліпих (кожний на 20 місць), причому лікування та догляд за хворими були безкоштовними, а персонал складався з монастирських сестер.



Рис. 6. Велика княгиня Олександра Петрівна Романова після прийняття чернечого постригу з ім'ям Анастасія.



Рис. 7. Матінка Анастасія

Лікарня, спочатку розрахована на 60 ліжок, неухильно зростала й у перші чотири роки надала стаціонарну допомогу 1 650 пацієнтам, було зроблено 974 операції, амбулаторно обслуговано 86 443 хворих, а вже в 1897

р. лікарню відвідало 53 581 пацієнтів, із яких було 17 641 чоловіків, 29 966 жінок, 5 984 дітей, причому смертність становила лише 4% .



Рис. 8. «Матінка Велика», як із любов'ю називали сестри матінку Анастасію

Крім звичайної медичної допомоги, Київський Покровський жіночий монастир забезпечував довготривалими медичними послугами тих, хто їх потребував. У притулку для невиліковно хворих і сліпих жінок постійно доглядалися 50 осіб.

Врешті, лікарня стала найбільшою в Південно-Західному регіоні, вівся прийом пацієнтів усіх віросповідань і за всіма нозологіями, понад 500 осіб щоденно, була влаштована аптека із безкоштовною видачею ліків усім хворим, притулки, училище для дівчаток-сиріт, корпуси для інфекційних хворих, службові приміщення.

В лікарні Покровського монастиря на той час працювали лікарі, яких сьогодні ми знаємо як видатних фахівців, відомих науковців - засновників медичних шкіл, зокрема: почесний лейб-хірург Двору Його Імператорської Величності приват-доцент М. В. Соломка, штатні ординатори В. П. Демченко, Г. Г. Левицький, М. М. Підгаєвський, М. Я. Радецький. В 1805 р. в лікарню монастиря на посаду прозектора був прийнятий Данило Кирилович Заболотний – в майбутньому видатний учений-епідеміолог, академік. Прийом дермато-венерологічних хворих вів приват-доцент О. О. Ліндстрем, дитячі захворювання лікували О. О. Карницький та Ф. В. Черномор-Задерновський, хірургічну допомогу надавав Л. І. Яновський. В 1889 р. на посаду консультанта із внутрішніх захворювань був прийнятий приват-доцент Університету Св. Володимира, відомий науковець В. Ф. Бушуєв. Працювали в лікарні й жінки-лікарі: О. Г. Лебова – лікар-окуліст, Є. Л. Яницька – фахівець із внутрішніх та гінекологічних захворювань.

Лікарня відрізнялася найсучаснішим на той час обладнанням, зокрема, в ній був установлений перший в Києві рентгенівський апарат, який обслуговував усіх пацієнтів, яких направляли з інших лікарень міста. Лікування проводилося в нерозривному зв'язку із науковими дослідженнями, і в 1896 р. головний лікар лікувальних закладів Києво-Покровського

жіночого монастиря приват-доцент М. В. Соломка зробив наукову доповідь про значення рентгенівських променів у хірургії в Київському науково-санітарному товаристві.

В 1897 р. Д. К. Заболотний взяв участь у складі російської експедиції в Бомбей та Джедду для вивчення чуми в Індії, після чого продовжив ці дослідження в Пастерівському інституті в Парижі.

Але високі результати досягалися не лише лікуванням і його науковим супроводом, але й завдяки приділенню уваги догляду за пацієнтами, наданню їм духовної та психологічної підтримки. Сама Велика Княгиня надавала приклад, власноруч роблячи санітарну обробку найбільш брудних хворих, із страшними гнійними ранами, працюючи в лікарні з 6 години ранку до 12 години ночі, відстоюючи на своїх хворих ногах години біля операційного столу, асистуючи хірургу (рис. 9, 10). Вона підкреслювала, що в лікарні лікують не сословія, а хвороби, ніким не нехтувала, нікому не відмовляла, і пацієнти йшли на операцію з вірою та спокоєм, знаючи, що їм допомагає сама Велика Матінка. Цей моральний вплив відчували й молоді лікарі, які брали на себе відповідальність при складних і важких операціях.



Рис. 9. Матінка Анастасія в лікарні Покровського монастиря



Рис. 10. Матіна Анастасія асистує хірургу під час операції

Сама матінка жила, як згадував перший завідувач кафедри психіатрії Університету Св. Володимира І. О. Сикорський, в одній із лікарняних палат, в постійному, безпосередньому спілкуванні з пацієнтами, проводила дні та ночі в таких умовах і при таких обставинах, що це життя слід визнати неперервним подвигом. Двері її кімнати не закривалися, щоб і в нічний час вона могла вчасно почути стогін і скарги хворих і йти їм на допомогу. Вона боялася пропустити хвилину необхідної допомоги стражденним. Вона була присутньою при всіх операціях, надаючи дієву допомогу, як досвідчений фахівець, своєю вмілою і твердою рукою. Всім хворим, які потребували важких операцій, вона власноруч робила ванни, щоб забезпечити потрібну антисептику. І таку роботу вона виконувала, маючи переламаний хребет і хворі ноги, які постійно бинтувала, а спала сидячи, поклавши голову на столик біля ліжка (рис. 11).



Рис. 11. Матінка Анастасія з підопічною дитиною – ученицею школи при Покровському монастирі

Лікування в Київському Покровському монастирі-лікарні отримало високу оцінку голови Медичної ради МВС, першого головного керівника Головного управління державної охорони здоров'я Георгія Єрмолаєвича Рейна.

9 грудня 1898 р. Київське акушерсько-гінекологічне товариство на своєму річному засіданні прийняло постанову про обрання в почесні члени Великої Княгині Олександри Петрівни Романової (рис. 12).

На той час, лікарня мала вже спеціалізовані відділення – два гінеколога-хірургічні на 58 ліжок, терапевтичне для 40 дорослих жінок і 10 дітей, інфекційне на 12 ліжок, відділення для невиліковних на 15 хворих,

притулок для сліпих на 20 місць та ін. Хірургічне відділення вмещувало: палати для пацієнтів, дві операційні, дві перев'язочні, дві ванних кімнати, дві столові, маленьку домову церкву та кабінет лікарів, а також дві веранди для прогулянок пацієнтів.



Рис. 12. Матінка Анастасія

Амбулаторне відділення, розташоване в окремій одноповерховій будівлі, мало хірургічний, терапевтичний, гінекологічний, педіатричний кабінети, кабінети для очних, вушних хвороб, дерматологічних і венеричних захворювань, нервових хвороб, стоматологічний кабінет, операційну, перев'язочну, електрокабінет, ортопедичний кабінет і кабінет для лікарів, у якому все було обладнане найкращим чином для їх відпочинку. Прийом вели одночасно 30 лікарів-спеціалістів, багато з них працювали безкоштовно, приймаючи пацієнтів з усіх куточків країни, яких було 300-400 осіб на день. За перші 20 років існування лікарні, було прийнято 1 138 747 відвідувачів, проведено 20 114 амбулаторних операцій, 7 900 великих операцій, з аптеки лікарні безкоштовно видано пацієнтам 1 200 000 номерів ліків.

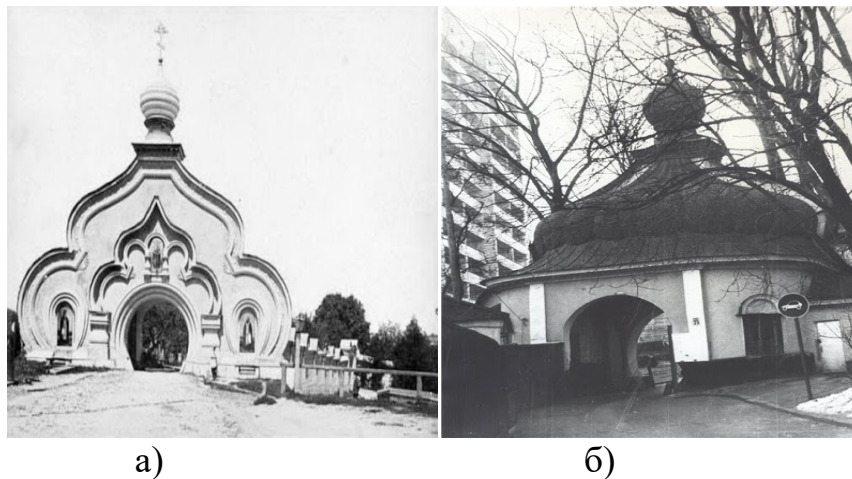
За словами професора Г. Є. Рейна, пацієнти знаходили в лікарні не лише медичну допомогу, але й материнський догляд, одухотворений високими християнськими поглядами Олександри Петрівни, яка надавала лікарям високу моральну підтримку в їх складній роботі. Лікарня була безкоштовною базою практики для Вищих курсів при Київському жіночому медичному інституті.

Під час 2-ї світової війни, корпуси монастирської лікарні було використано для розміщення шпиталю для поранених (рис. 13). Монастир продовжував існувати і в повоєнні часи, однак радянська влада намагалася його всіляко принизити і взагалі знищити (рис. 14). Спочатку на території

монастиря, в його приміщеннях, облаштували кілька сторонніх закладів, серед яких найбільшим знущенням було розташування в будівлях монастиря центрального міського абортарію (рис. 15). Потім храми було понівечено пожежею.



Рис. 13. Шпиталь, створений на базі лікарні Покровського монастиря під час Другої Світової війни



а)

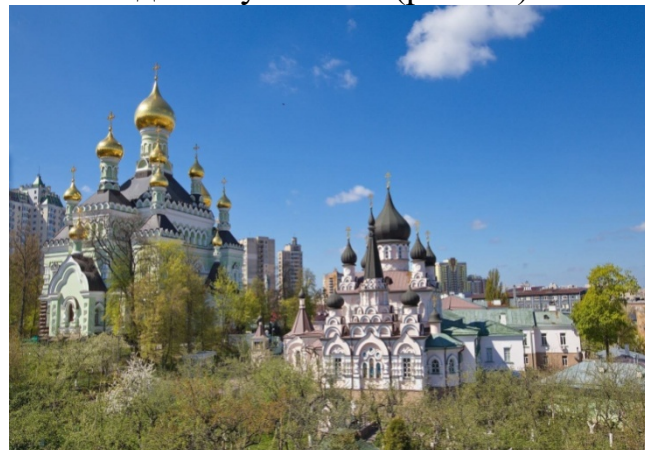
б)

Рис. 14. Вхід на територію Покровського монастиря в 1890-х (а) і в 1980-х (б) роках



Рис. 15. В цих будівлях Покровського монастиря за радянських часів не посоромилися розмістити центральний міський абортарій

Однак «Бог поруганий не буває». Сьогодні храмовий комплекс Покровського монастиря повністю відновлено (рис. 16, 17), а матінка Анастасія в 2009 р. канонізована, причислена до лику святих. (рис. 18)



а)

б)

Рис. 16. а) вигляд храмів Покровського монастиря в 1910 р.; б) відновлений Покровський монастир сьогодні



Рис. 17. Сучасна панорама Покровського монастиря



а)

б)

Рис. 18. а) Рака з мощами св. преподобної Анастасії Київської; б) ікона св. Анастасії Київської

Досвід організації медичної допомоги, зокрема, лікування та профілактики гінекологічних захворювань, духовно-психологічного супроводу пацієнтів у лікарні Покровського монастиря, заслуговує на увагу й

використання в сьогодишньому процесі реформування вітчизняної медицини.

Список використаних джерел

1. Блохіна Н. М. Легендарні імена: Велика княгиня Олександра Петрівна (інокія Анастасія) та діяльність Києво-Покровського монастиря-лікарні наприкінці ХІХ – на початку ХХ століть [Електронний ресурс].- режим доступу: <https://issuu.com/nikprint/docs/3bae232abef4af>
2. Царствена інокія: про преподобну Анастасію (Романову; пам'ять 11/24січня) [Електронний ресурс].- режим доступу: <http://www.pravoslavie.ru/89896.html>
3. Київ цікавий. Пам'ятки Києва: Свято-Покровський жіночий монастир [Електронний ресурс].- режим доступу: <https://www.interesniy.kiev.ua/tsarstvennaya-obitel/>
4. Свято-Покровський жіночий монастир м. Києва / Православ'я Добропілля [Електронний ресурс].- режим доступу: <http://voskresenie.com.ua/svyatyni/svyatyni-ukrainy/item/свято-покровський-женський-монастирь-г-києва>
5. Історія Свято-Покровського монастиря м. Києва [Електронний ресурс].- режим доступу: <https://pokrov-kievmon.church.ua/istoriya/>
6. Зачарований мандрівник: дворянські островці Лук'янівки [Електронний ресурс].- режим доступу: <http://ocharovanny-strannik.com/sights/dvorianski-ostrovki-lukianovki/2/>
7. Безкоштовна лікарня та лікарня для амбулаторних хворих імператора Миколи ІІ при Київському Покровському жіночому монастирі наприкінці ХІХ і на початку ХХ століття [Електронний ресурс].- режим доступу: <https://cyberleninka.ru/article/n/besplatnaya-bolnitsa-i-lechebnitsa-dlya-prihodya-schih-bolnyh-imperatora-nikolaya-ii-pri-kievskom-pokrovskom-zhenskom-monastyre-v-kontse>
8. Старий Київ [Електронний ресурс].- режим доступу: <http://starkiev.com/%d0%b2%d1%80%d0%b5%d0%bc%d1%8f/1890-2/>
9. Олександра Петрівна Романова [Електронний ресурс].- режим доступу: https://ru.wikipedia.org/wiki/Александра_Петровна

УДК 615.89:316.361.1-057.875](045)

DOI 10.32689/2663-0672-2020-2-4-81-87

КРУГЛОВА Наталія Олександрівна

клінічний психолог, аспірантка Київського інституту
сучасної психології та психотерапії
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0002-2520-9498

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З МОЛОДИМИ СІМ'ЯМИ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ В ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Круглова Н. О., клінічний психолог, аспірантка Київського інституту сучасної психології та психотерапії, м. Київ, Україна. **Перспективи використання когнітивно-поведінкової терапії в роботі з молодими сім'ями під час навчання в закладах вищої освіти.**

Ключові слова: молоді сім'ї, навчання, студентська сім'я, заклади вищої освіти, труднощі студентської молоді, когнітивно-поведінкова терапія.

Анотація. Ця робота має на меті проаналізувати теоретико-методологічні засади дослідження сучасної студентської сім'ї, розкрити труднощі та виклики, з якими стикається студентська молодь, у тому числі в сімейних стосунках, та представити перспективи використання когнітивно-поведінкової терапії в роботі зі студентськими сім'ями під час навчання в закладах вищої освіти.

Результати нашого дослідження свідчать про те, що навчання в закладах вищої освіти можна віднести до специфічного виду діяльності, пов'язаного з високим рівнем психічних і фізичних навантажень, що може призводити до виникнення різних психологічних проблем. Крім того, дослідження показує, що ефективність підтримки молодих сімей безпосередньо залежить від знання існуючих проблем і розуміння конкретних потреб студентських сімей, надання своєчасної психологічної допомоги. Когнітивно-поведінкова терапія, як короткострокова цілеспрямована терапія, може бути ефективним інструментом для попередження або зменшення психологічних проблем всередині сім'ї в цілому і для кожного члена сім'ї окремо.

Круглова Н. А., клинический психолог, аспирантка Киевского института современной психологии и психотерапии, г. Киев, Украина. **Перспективы использования когнитивно-поведенческой терапии в работе с молодыми семьями во время обучения в высших учебных заведениях.**

Ключевые слова: молодые семьи, обучения, студенческая семья, высшие учебные заведения, трудности студенческой молодежи, когнитивно-поведенческая терапия.

Аннотация: Эта работа имеет целью проанализировать теоретико-методологические основы исследования современной студенческой семьи, раскрыть трудности и вызовы, с которыми сталкивается студенческая молодежь, в том числе в семейных отношениях, и представить перспективы использования когнитивно-поведенческой терапии в работе со студенческими семьями во время обучения в высших учебных заведениях.

Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что обучение в высших учебных заведениях можно отнести к специфическому виду деятельности, связанному с высоким уровнем психических и физических нагрузок, что может приводить к возникновению различных психологических проблем. Кроме того, исследование показывает, что эффективность поддержки молодых семей напрямую зависит от знания существующих проблем и понимание конкретных потребностей студенческих семей, оказания им своевременной психологической помощи. Когнитивно-поведенческая терапия, как краткосрочная целенаправленная терапия, может быть эффективным инструментом для предупреждения или уменьшения психологических проблем внутри семьи в целом и для каждого члена семьи в отдельности.

Kruglova N. O., clinical psychologist, graduate student of Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy, Kyiv, Ukraine. **Prospects for the Use of Cognitive-Behavioral Therapy in Working with Young Families while Studying in Higher Education.**

Key words: young families, education, student family, institutions of higher education, difficulties of student youth, cognitive-behavioral therapy.

Abstract. This research work is focused on the analysis of the theoretical and methodological foundations of the modern student family study, to reveal the difficulties and challenges faced by college kids, including the family relations, and to present the prospects for the usage of cognitive behavioral therapy in working with students' families while their study in higher education institutions.

The study results indicate that education in higher education institutions can be attributed to a specific type of activity connected with a high level of mental and physical stress leading to various psychological issues. In addition, the study shows that the effectiveness of support for young families directly depends on the knowledge of existing issues and understanding of the specific needs of student families in order to provide timely psychological assistance. Cognitive behavioral therapy as a short-term targeted therapy can be an effective tool for preventing or reducing psychological problems within the family as a whole and for each family member separately.

Актуальність дослідження. В умовах важкого та мінливого сучасного суспільства особливо гостро постає задача підтримки психічного здоров'я студентської молоді, надання ефективної своєчасної психологічної підтримки з метою поліпшення якості функціонування цієї групи населення у їх повсякденному та сімейному житті.

Мета дослідження. Метою дослідження є розкриття сутності понять «студентська молодь» та «студентська сім'я», аналіз чинників, що впливають на виникнення труднощів молодих студентських сімей, та розгляд перспектив використання когнітивно-поведінкової терапії у роботі з молодими сім'ями.

Методи. Дослідження ґрунтується на системному аналізі наукової літератури, що дало змогу з'ясувати підходи сучасних науковців до розуміння труднощів та викликів, з якими стикаються молоді сім'ї під час навчання у закладах вищої освіти, та проаналізувати перспективи використання когнітивно-поведінкової терапії як інструменту для ефективної своєчасної психологічної підтримки з метою поліпшення якості функціонування цієї групи населення у їх повсякденному та сімейному житті.

Результати дослідження. Психічне та психологічне здоров'я студентської молоді – особливо важливий аспект здоров'я нації у цілому, її наукового та соціального розвитку, формування її кадрового потенціалу зі схильністю до інновацій, її безпеки загалом. Студентська молодь є віковою та соціальною категорією, що заслуговує особливої уваги з огляду на профілактику та корекцію різних психологічних проблем, які зростають у цей період підвищеної сензитивності та кризи юнацького віку. Навчання у закладах вищої освіти можна віднести до специфічного виду діяльності, пов'язаного з високим рівнем психічних і фізичних навантажень, що може призводити до виникнення різноманітних психологічних проблем.

Інтенсивний розвиток і формування особистості студента супроводжується вирішенням ряду внутрішніх суперечностей та бурхливими переживаннями. [1]. Крім того слід зазначити, що в афективній сфері в студентському віці також відбуваються певні зміни, які характеризуються прискореним формуванням вищих почуттів, надзвичайною різноманітністю емоційних проявів, великою інтенсивністю, яскравістю та рухливістю перебігу емоційно-вольових процесів та психічних станів [2]. Негативні психічні стани у студентів виявляються в заниженій самоповазі та самооцінці, тривожності, невпевненості у собі, сором'язливості, очікуванні осуду з боку оточуючих, виявленні недовіри до інших, виникненні труднощів у виборі друзів, пасивності, невизначеності, нереалістичності очікувань, орієнтації на підвищенні вимоги до себе [3].

Проблеми психічного здоров'я сучасної молоді турбують багатьох представників психологічної науки і практики. Так, вплив навчального процесу на психоемоційний стан студентів чинники та шляхи подолання в Україні досліджували Гайова Н.В., Кудін С.Ф., Мазур Т.В. [4]; Хлівна О., характеризуючи індивідуально-психологічні характеристики психічного

здоров'я студентської молоді [5], Мосейчук Ю.Ю., вивчаючи особливості профілактики порушень соціально-психологічної адаптації студентів [6]. У роботах Юрценюк О.С. розглянуто питання депресивних та тривожних станів у студентів, а також психологічні та соціальні чинники їх виникнення [7]. В іншому дослідженні, Seigers D. і Carey K. (2010) виявили, що третина студентів, які зверталися за допомогою в університетський центр психічного здоров'я мали проблеми із зловживанням алкоголем. Таке зловживання було пов'язане з переживанням депресії, тривоги та стресу [8]. Досліджуючи рівень психічного здоров'я серед студентів Японії, вчені (Pallos H. і співавт., 2005) виявили у 53% досліджуваних емоційні порушення, які характеризувались чотирма чинниками: тривогою і безсонням, соціальною дисфункцією, депресивними станами та почуттям некомпетентності [9].

У визначенні чинників розвитку негативних станів студентської молоді науковці виділяють групу зовнішніх, об'єктивних та внутрішніх, суб'єктивних чинників. Вони діють комплексно й одночасно, а тому зміни в навколишньому середовищі, у суспільстві, в організмі людини, вплив індивідуальних особливостей та попередніх станів, формують певний вплив на психічний стан студентів.

Студентські роки - це не тільки час навчання і пошук себе та свого місця у житті, це інколи й час створення нових сімей. Сімейні стосунки представляють собою інтерес для досліджень, тому що сім'я є одним із п'яти фундаментальних інститутів суспільства.

Слід зазначити, що, незважаючи на велику наукову базу, яка вміщує різноманітний теоретико-методологічний і методичний матеріал із досліджуваної проблеми, залишаються недостатньо вивченими характеристики сучасного портрета і проблем студентської сім'ї, а також питання мінімізації труднощів молодій сім'ї та оптимізації її внутрішніх ресурсів у вирішенні сімейних проблем.

Так, згідно з проведеними дослідженнями сучасних вітчизняних та зарубіжних науковців [10, 11], можна зазначити, що студентські сім'ї стикаються зі специфічними соціально-психологічними проблемами, такими як: соціальна та психологічна незрілість подружжя; фінансова та психологічна залежність від батьків; авторитарне втручання родичів у сімейне життя; відсутність готовності до самостійного ведення домашнього господарства; житлові проблеми; поєднання навчання і шлюбносімейних зобов'язань; обмеження свободи і незалежності; виникнення нових обов'язків, а тому зменшення вільного часу; зміна змісту дозвілля. Крім того можна виділити основні психологічні конфлікти у студентських сім'ях: різні погляди на сімейні цінності, відсутність комунікативних навичок, невміння домовлятися, шукати компромісні рішення проблем [12].

Слід зазначити, що труднощі у вирішенні проблем, можуть призвести до конфліктів у шлюбно-сімейній взаємодії, погіршення здоров'я, зменшення народжуваності, збільшення матерів-одиначок [11]. Тому сучасна студентська сім'я як соціальний інститут, з яким пов'язуються подальші

суспільні перетворення у країні, потребує уважного вивчення та постійного глибокого аналізу її основних проблем і потреб, а звідси — і пошуку оптимальних шляхів їх вирішення. Вирішенню цих завдань сприяє надання якісної ефективної психологічної допомоги сім'ї, якою може бути когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Саме КПТ є одним з найбільш досліджених методів психотерапії, який застосовується у вирішенні ряду психологічних проблем особистості. КПТ може бути застосована у вигляді індивідуальної, групової або сімейної психотерапії. Згідно з сучасними протоколами, КПТ є методом вибору в роботі з депресивними, тривожними розладами, в роботі з травмою, емоційною регуляцією, роботі з глибинними переконаннями та правилами життя, які можуть впливати на якість повсякденного життя особистості та сімей.

КПТ та консультування сім'ї виходить з того припущення, що члени сім'ї одночасно впливають один на одного. Таким чином поведінка одного члена сім'ї викликає поведінку, емоції та когніції в інших членів сім'ї. Основна ціль КПТ в сімейній терапії - це зміна викривлених представлень із метою коригування дисфункційної поведінки, а також пошук особливостей мислення (схем), які заважають особистості взаємодіяти з іншими людьми. Крім того, робота може бути направлена на поліпшення внутрішньо-сімейних стосунків; відчуття членами сім'ї того, що їх інтереси і потреби інші розуміють і поважають; подолання позиції, при якій провина за сімейні проблеми покладається на когось одного; формування більш гнучкого відношення до лідерства; розвиток здатності до взаєморозуміння і емпатії; розвиток здатності приймати існуючі відмінності; вдосконалення навичок індивідуального і спільного вирішення проблем; розвиток здатності до інтроспекції та аналізу своїх потреб і переживань; зміцнення незалежності; досягнення балансу між прагненням членів сім'ї до незалежності, з одного боку, і рухом до згуртованості - з іншого [13].

Таким чином, основна ціль КПТ сімейних пар знаходиться в тому, щоб допомогти парам зрозуміти їх труднощі з метою підвищення їх благополуччя у відносинах, знайти процеси, які заважають взаємодії. Для цього КПТ не тільки покладається на поведінкові втручання у лікування труднощів пари, але також підкреслює важливість роботи над різними когнітивними та емоційними факторами, які впливають на функціонування пар. Дії КПТ також направлені на те, щоб допомогти парам відкрити, регулювати і виразити інтенсивні або негативні емоції, коли вони з'являються під час сеансів терапії та поза ними. Крім того терапевти КПТ допомагають парам розвинути їх здатність спостерігати і вирізняти свої автоматичні думки та переконання, а також знайти вплив, який їх способи поведінки, думки, інтерпретації та почуття впливають на їх відносини.

Висновки: Одним із пріоритетних напрямів державної та демографічної політики повинна бути підтримка молоді сім'ї, яка є важливим соціальним інститутом. Дослідження показує, що ефективність соціальної та психологічної підтримки молодих студентських сімей залежить

від розуміння складнощів і чинників уразливості студентської молоді, тому дана проблема може бути темою подальших емпіричних досліджень. Крім того особливе місце в системі підтримки студентських сімей, на наш погляд, має бути відведено формуванню і організації в навчальних закладах моделі психологічного та навчального супроводу студентських сімей. Одним із таких ефективних інструментів психологічної допомоги та підтримки може бути когнітивно-поведінкова терапія, яка може застосовуватися у вигляді групової або індивідуальної роботи.

Список використаних джерел:

1. Головаха О. І. Життєва перспектива і професійне самовизначення молоді / О. І. Головаха.- К.: Наукова думка, 1988.- 142 с.
2. Щукіна О. Г. Емоційна нестійкість як провідний фактор формування дезадаптивної поведінки студентів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук / О. Г. Щукіна. – М., 1998. – 22 с.
3. Корольчук М. С. Психофізіологія діяльності / М. С. Корольчук. – Київ: Єльга, Ніка–центр, 2003.- 400 с.
4. Гайова Н. В. Вплив навчального процесу на психоемоційний стан студентів / Н. В. Гайова // Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка, 2005. – №31, т. 1.– С. 103–104.
5. Хлівна О. Індивідуально - психологічні характеристики психічного здоров'я студентської молоді / О. Хлівна // Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації, 2011. – №3.– С. 257 – 262.
6. Мосейчук Ю. Результати тривалого застосування програми корекції психологічних розладів у студентів / Ю. Мосейчук [Електронний ресурс].- режим доступу: URL: http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/ppmb/texts/2007-10/07moucps.pdf.
7. Юрценюк О.С. Депресивні та тривожні розлади у студентів / О.С. Юрценюк // Український вісник психоневрології, 2017. – Т. 25, випуск 1(90) - С. 165
8. Seigers D. (2010). Alcohol Use, Psychopathology, and Treatment Utilization in a University Mental Health Clinic / D. Seigers, Carrey K. // Journal of College Student Psychotherapy, pp.328-337.
9. Pallos H. (2005). Graduate Student Blues: The Situation in Japan / H. Pallos, N. Yamada, M. Okawa // Journal of College Student Psychotherapy, Vol.20, pp.5-16.
10. Посвістак О. Проблеми та переваги сучасної студентської молоді // О. Посвістак, О. Русин// Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України, 2016.- вип. 2.
11. Лотова І. П. Студентська сім'я: сучасний портрет, характеристика основних проблем і шляхи вирішення// І.П. Лотова // Вчені записки ЗабДУ. Емпіричні та прикладні дослідження, 2017.- Т. 12.- №3.

12. Кузнецова К. Ставлення до студентського шлюбу в сучасному суспільстві / К. Кузнецова, А. Семьончева // Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150), 2017.- Vol.7.- Issue 1

13. Caroline Dugal, Gaëlle Bakhos, Claude Bélanger, Natacha Godbout (2018). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Couples: An Insight into the Treatment of Couple Hardships and Struggles DOI: 10.5772/intechopen.72104

ЛЕБЕДЄВА Анастасія Сергіївна

студентка III курсу кафедри психології

ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом»

Науковий керівник: **КОЛЯДЕНКО Ніна Володимирівна**

д.мед.н., доцент, завідувач кафедри загальномедичних

дисциплін і психосоматики ПрАТ «ВНЗ «МАУП»

м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0001-5214-5525

МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ ТА ЇХ ТРАНСФОРМАЦІЯ ПРОТЯГОМ ІСТОРИЧНОГО ЧАСУ

Лебедєва А. С., студентка III курсу кафедри психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП», Київ, Україна. **Морально-етичні основи професії лікаря та їх трансформація протягом історичного часу.**

Ключові слова: Клятва Гіппократа, Присяга лікаря, мораль, етика, професійно значимі особистісні якості, ціннісні орієнтації.

Анотація. В сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я України зростають вимоги до професійно значимих особистісних якостей лікарів. Аналіз тексту Клятви лікаря України на предмет урахування в ній біоетичних і моральних аспектів показав, що, відійшовши від основоположних засад медицини, спрямування лікарської діяльності на збереження життя, заборону евтаназії та абортів, сучасні варіанти Клятви лікаря проголошують моральність, не забезпечуючи практичної реалізації морально-етичних принципів. Таким чином, вбачається за потрібне переглянути текст Клятви лікаря України, привівши його у відповідність до моральних норм і вимог біоетики, з наголосом на високому призначенні професії лікаря та визначенням його основної місії в збереженні життя людини, неприпустимості його припинення через аборт чи евтаназію.

Лебедева А. С., студентка III курса кафедры психологии ЧАО «ВУЗ «МАУП», Киев, Украина. **Морально-этические основы профессии врача и их трансформация в течение исторического времени.**

Ключевые слова: Клятва Гиппократата, Присяга врача, мораль, этика, профессионально значимые личностные качества, ценностные ориентации.

Аннотация. В современных условиях реформирования системы здравоохранения Украины растут требования к профессионально значимым личностным качествам врачей. Анализ текста Клятвы врача Украины на предмет учета в ней биоэтических и моральных аспектов показал, что, отойдя от основополагающих принципов медицины, направленности врачебной

деятельности на сохранение жизни, запрет эвтаназии и аборт, современные варианты Клятвы врача провозглашают нравственность, не обеспечивая практической реализации морально-этических принципов. Таким образом, представляется необходимым пересмотреть текст Клятвы врача Украины, приведя его в соответствие с моральными нормами и требованиями биоэтики, с акцентом на высоком статусе профессии врача и определении его основной миссии в сохранении жизни человека, недопустимости его прекращения посредством аборта или эвтаназии.

Lebedeva A. S., a third-year student of the Department of Psychology of The Private Joint-Stock Company Higher Educational Institution Interregional Academy of Personnel Management; Kyiv, Ukraine. **Moral and Ethical Foundations of the Medical Profession and Their Transformation During Historical Time.**

Key words: Hippocratic oath, Doctor's oath, morals, ethics, professionally significant personal qualities, value orientations.

Abstract. In the current conditions of reforming the health care system of Ukraine, the requirements for professionally significant personal qualities of doctors are growing. Analysis of the text of the Oath of the Doctor of Ukraine to take into account its bioethical and moral aspects showed that, departing from the basic principles of medicine, directing medical activities to save lives, prohibiting euthanasia and abortion, modern versions of the Oath of the Doctor proclaim morality without ensuring the practical implementation of moral and ethical principles. Thus, it is considered necessary to revise the text of the Oath of the Doctor of Ukraine, bringing it in line with moral norms and requirements of bioethics, emphasizing the high purpose of the medical profession and defining its main mission in saving lives, inadmissibility of termination through abortion or euthanasia.

Актуальність теми обумовлена тим, що в сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я України зростають вимоги до професійно значимих особистісних якостей лікарів.

Мета роботи – проаналізувати текст Клятви лікаря України на предмет урахування в ній біоетичних і моральних аспектів.

Завдання: здійснити порівняльний аналіз Клятви лікаря України з іншими лікарськими Клятвами та Присягами і «першоджерелом» - Клятвою Гіппократа.

Методи дослідження: аналітичний метод, контент-аналіз.

Результати дослідження. Запорукою дотримання лікарем морально-етичних норм у його професійній діяльності є Клятва або Присяга, яку традиційно складають всі випускники медичних факультетів, від часів Гіппократа до наших днів. І, хоча нерідко сучасну Клятву лікаря також називають Клятвою Гіппократа, їхні тексти істотно різняться. Тобто, Гіппократ був першим із лікарів, хто наголосив на важливості морально-

етичної складової лікарської професії, таким чином започаткувавши традицію присягання лікаря. Однак, протягом історії людства, кожна епоха відрізнялася своїм розумінням моралі та етики, і, врешті-решт, при збереженні загальної мети присягання, від первісного тексту Клятви майже нічого не залишилося. Але, чи збереглася при цьому морально-етична складова, чи відбулися принципові зміни суті лікарського присягання – і чи стало сучасне суспільство, на злеті небувалого науково-технічного прогресу, прогресивнішим від античного соціуму в усвідомленні суті лікарської професії, її морально-етичного виміру? Нажаль, результати проведеного порівняння текстів багато в чому свідчать не на користь сучасності. Так, багато країн досі використовують Присягу, складену в 1964 р. Луїсом Лазанья, академічним деканом Школи медицини при університеті Тафтс [3]. Її текст складений із тверджень і термінів, неоднозначних у їх змістовому трактуванні та юридичному розумінні. З перших же рядків, фраза про «поширення знань попередників як своїх власних» викликає думку про узаконення плагіату. «Лікарська недбалість» - цілком юридичний термін, вона є підставою для кримінальної відповідальності лікаря, але як розуміти «надмірне лікування», - де визначені критерії надмірності, якою є відповідальність за нього? Складовими професії лікаря названі «тепло та розуміння» - знову-таки загальні слова, без конкретного змістового наповнення. Сказати «Я не знаю» - неоднозначно сприймається, бо одна справа сказати це самому собі, зовсім інша – пацієнтові. Що мається на увазі під «обережністю в справах життя та смерті» - мабуть, так «скромно» назвали питання еутаназії? Теза про недопустимість «права грати роль Бога» - взагалі викликає багато запитань не лише морального, філософсько-світоглядного, правового, але й просто змістового характеру, - що саме мається на увазі під цією роллю. В даній Присязі [3] немає жодного слова про особистість пацієнта, зате наголошується на тому, що він є живою людиною, яка має сімейні та економічні проблеми, загострені ситуацією хвороби. Однак найбільше запитань і відчуття непорозуміння викликає висловлена в цій Присязі мотивація діяльності лікаря – «насолонення життям та мистецтвом» та «не бути забутим після смерті» [3]. Цікаво, що саме цей текст відкривається на сайті МОЗ України, тоді як насправді Клятва лікаря України, затверджена Указом №349 Президента України 15 червня 1992 р., є зовсім іншою [2]. Втім, і тут є досить невизначеностей. Так, робиться наголос на «принципах загальнолюдської моралі» та «правилах професійної етики» [2], тоді як ці поняття не мають однозначного трактування. Водночас, великим плюсом є підкреслення місії лікаря у «вихованні фізично та морально здорового покоління, ствердженні високих ідеалів милосердя, любові, злагоди і взаємоповаги між людьми» [2]. Однак, якщо порівняти Клятву лікаря України [2] з Присягою лікаря Радянського Союзу [4], з якої вона багато чого запозичила «в спадок», можна помітити не лише прогресивні цитати, але й істотні втрати. Зокрема, в сучасній Клятві [2] сказано просто про «набуття професії лікаря та усвідомлення обов'язків»,

тоді як попередня редакція [3] починалася зі слів: «Отримуючи високе звання лікаря і приступаючи до лікарської діяльності», що одразу підіймало статус професії на належний рівень і формувало в молодих фахівців відповідне ставлення до неї. Інша, на наш погляд, значима втрата – про необхідність «бути завжди готовим надати медичну допомогу» та «постійно вдосконалювати свої медичні знання». Крім того, якщо в Присязі лікаря Радянського Союзу [4] робиться наголос на служінні народу та державі, в тексті Клятви лікаря України [2] про його державну приналежність можна здогадатися лише з назви, що, на нашу думку, не сприяє формуванню патріотичної самосвідомості молодих лікарів.

Всі вищенаведені варіанти сучасних професійних обітниць лікарів мають істотні відмінності від Клятви Гіппократа [1], актуальність яких, на жаль, недооцінюється. Так, це відомий принцип «не зашкодь», проголошення необхідності непорочного способу життя лікаря (тому що він мав особливий суспільний статус і розглядався Гіппократом як моральний взірець для своїх пацієнтів), а також чітке формулювання щодо заборони евтаназії та абортів.

Зауваження щодо того, що Клятва Гіппократа [1] є застарілою та занадто авторитарною, не повинні бути виправданням для побудови моделі медичної допомоги на основі ніцшеанського прагматизму.

Висновки. Відійшовши від основоположних засад медицини, спрямування лікарської діяльності на збереження життя, заборону евтаназії та абортів, сучасні варіанти Клятви лікаря проголошують моральність, не забезпечуючи практичної реалізації морально-етичних принципів.

Таким чином, вбачається за потрібне переглянути текст Клятви лікаря України, привівши його у відповідність до моральних норм і вимог біоетики, з наголосом на високому призначенні професії лікаря та визначенням його основної місії в збереженні життя людини, неприпустимості його припинення через аборт чи евтаназію.

Список використаних джерел

1. Клятва Гіппократа [Електронний ресурс].- режим доступу: https://uk.wikipedia.org/wiki/Клятва_Гіппократа
2. Клятва лікаря України [Електронний ресурс].- режим доступу: https://uk.wikipedia.org/wiki/Клятва_лікаря_України
3. Присяга лікаря [Електронний ресурс].- режим доступу: <https://moz.gov.ua/prisjaga-likarja>
4. Присяга лікаря Радянського Союзу [Електронний ресурс].- режим доступу: [uk.wikipedia.org › wiki › Присяга_лікаря_..](https://uk.wikipedia.org/wiki/Присяга_лікаря_..)

ЛЕВЧИШИНА Наталія Євгенівна

магістрант кафедри психології ПрАТ «ВНЗ

«Міжрегіональна Академія управління персоналом»

Науковий керівник: **Шопша Олена Леонідівна**

кандидат психологічних наук, доцент,

завідувач кафедри психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП»

м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0002-7885-1679

АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ МИРНОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Левчишина Н. Є., магістрант кафедри психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП», м. Київ, Україна. **Аналіз психологічного стану мирного населення в умовах проведення антитерористичної операції.**

Ключові слова: антитерористична операція, посттравматичний стресовий розлад, мирне населення, психологічні стани.

Анотація. Психологічне дослідження мирного населення, котре залишилось проживати на території збройного конфлікту, свідчить про високий рівень його психічної травматизації. У першу чергу це стосується характеристик загального психологічного тла, коли емоційні прояви стресу зачіпають різні сторони психіки. При тривалому стресі людина стає більш тривожною в порівнянні з її нормальним станом, зневірюється в успіху та поступово може впасти в депресію, здобуває негативний, похмурий, песимістичний відтінок, або навпаки стає більш тривожною та агресивною, тому що стрес міцно увійшов до її життя. Для надання необхідної психологічної допомоги та поліпшення емоційного, психічного та фізіологічного стану мирного населення необхідна додаткова розробка психокорекційних програм.

Основними завданнями психологічної допомоги і реабілітації мирного населення, яке проживає в зоні бойовий дій є: вивчення й узагальнення особливостей виникнення ПТСР, проходження та ефективність психологічних заходів, що здійснюються при психічних розладах, та надання їм психологічної допомоги.

Левчишина Н. Е., магистрант кафедры психологии ЧАО «ВУЗ «МАУП», г. Киев, Украина. **Анализ психологического состояния мирного населения в условиях проведения антитеррористической операции.**

Ключевые слова: антитеррористическая операция, посттравматическое стрессовое расстройство, мирное население, психологические состояния.

Аннотация. Психологическое исследование мирного населения, оставшееся проживать на территории вооруженного конфликта, свидетельствует о высоком уровне его психической травматизации. В первую очередь это касается характеристик общего психологического фона, когда эмоциональные проявления стресса затрагивают различные стороны психики. При длительном стрессе человек становится более тревожным по сравнению с его нормальным состоянием, теряет веру в успех и постепенно может впасть в депрессию, его настроение приобретает отрицательный, мрачный, пессимистический оттенок, или наоборот становится более тревожным и агрессивным, потому что стресс прочно вошел в его жизнь. Для оказания необходимой психологической помощи и улучшения эмоционального, психического и физиологического состояния мирного населения необходима дополнительная разработка психокоррекционных программ.

Основными задачами психологической помощи и реабилитации мирного населения, проживающего в зоне боевых действий, являются: изучение и обобщение особенностей возникновения ПТСР, прохождения и эффективности психологических мероприятий, осуществляемых при психических расстройствах, и оказание им психологической помощи.

Levchyshyna N. E., Master's student of the Department of Psychology, The Private Joint-Stock Company "Higher Educational Institution "Interregional Academy of Personnel Management", Kyiv, Ukraine. **Analysis of the Psychological State of the Civilian Population in the Context of the Anti-Terrorist Operation.**

Key words: anti-terrorist operation, post-traumatic stress disorder, civilian population, psychological states.

Abstract. A psychological study of the civilian population left to live in the armed conflict shows a high level of their mental trauma. This primarily applies to the characteristics of the general psychological background, when emotional manifestations of stress affect different aspects of the psyche. With prolonged stress, a person becomes more anxious than normal, despairs of success and may gradually become depressed, acquires a negative, gloomy, pessimistic tone, or becomes more anxious and aggressive because stress is firmly entrenched in his life. To provide the necessary psychological assistance and improve the emotional, mental and physiological condition of the civilian population, additional development of correctional programs is needed.

The main tasks of psychological assistance and rehabilitation of civilians living in the war zone are: study and generalization of the peculiarities of PTSD, the passage and effectiveness of psychological measures taken in mental disorders and providing them with psychological assistance.

В сучасних умовах, протягом останніх шести років, починаючи з квітня 2014 р., важливе місце продовжує займати проблема психологічних

особливостей осіб, котрі постраждали внаслідок антитерористичної операції на сході України.

Психологічне дослідження мирного населення, котре залишилось проживати на території збройного конфлікту, свідчить про високий рівень їх психічної травматизації. В першу чергу це стосується характеристик загального психологічного тла, коли емоційні прояви стресу зачіпають різні сторони психіки. При тривалому стресі людина стає більш тривожною у порівнянні з її нормальним станом, зневірюється в успіху та поступово може впасти в депресію, здобуває негативний, похмурий, песимістичний відтінок, або навпаки стає більш тривожною та агресивною, тому що стрес міцно увійшов до її життя.

Для надання необхідної психологічної допомоги та поліпшення емоційного, психічного та фізіологічного стану мирного населення необхідна додаткова розробка корекційних програм, тому що основні роботи більш орієнтовані на військовослужбовців та їх сімей, переселенців.

В рамках цього дослідження, першочерговим завданням є аналіз питань психологічного стану мирного населення в умовах проведення антитерористичної операції. Для цього необхідно проаналізувати, як раніше досліджували даний напрямок та як його досліджують сучасні фахівці. Одночасно з цим, в даній статі ми спробуємо провести порівняльний аналіз психологічного стану особистості, яка проживає в зоні бойового конфлікту з психологічним станом військових або ветеранів війни.

Місцеве мирне населення, яке проживає в зоні військового конфлікту на сході України вимушене постійно адаптуватися до нових умов та щоденно перебувати в стані очікування. Сучасні дослідження підтверджують, що негативні емоційні стани, такі як страх перед майбутнім, тривога, песимізм, негативізм вважаються дуже міцними факторами, котрі додатково провокують виникнення негативних стресових станів та сприяють розвитку таких проявів стресу, як підвищена тривожність, непевність у собі, схильність до самозвинувачень, занижена самооцінка, підозрілість, депресивний настрій, агресивність, нав'язливі негативні думки й відчуття безпорадності, і одночасно є наслідками та передумовами розвитку травматичного та посттравматичного синдрому.

В світовій практиці таке явище, як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), остаточно сформувався в 80-х роках ХХ століття, коли М. Горовіц запропонував виділити його в якості самостійного синдрому. Спочатку критерії були прийняті та затверджені в американській класифікації психічних захворювань (DSM-III і DSM-III-R), а пізніше - у МКБ-10. [3,4,7]

Найпотужнішим стимулом для цього послужили дослідження американських психологів і психіатрів психопатологічних розладах в учасників війни у В'єтнамі. Саме у той період Америка зіткнулася з тим, що виявилася не підготовленою до того, що буде відбуватися з учасниками бойових дій, після їх повернення додому та їх сім'ями. Коли пізніше була проведена статистика, показники підтвердили критичну ситуацію: під час

військового конфлікту, який тривав вісім років, загинуло більше 58 тис. американських солдатів, понад 300 тис. отримали поранення; після її закінчення протягом наступних десяти років приблизно стільки ж колишніх учасників бойових дій, покінчили своє життя самогубством; сотні тисяч залучалися за порушення або опинилися в тюрмах. Показники були шокуючими - колишні професійні фахівці, а тепер колишні командири, снайпери, розвідники, солдати не змогли адаптувати себе в тепер «новому» для них життя. [3]

В наступні роки було виконано величезну кількість досліджень, проведені порівняльні аналізи особливостей адаптаційного процесу у ветеранів в'єтнамської війни і їхніх ровесників, які не брали в ній участі, вивчалися особливості відстроченої реакції на стрес у даної цільової аудиторії. У цій області можна відзначити роботи Егендорфа з співавторами (1981) і Боуландера з співавторами (1986). Також слід виділити двотомну монографію «Травма та її слід» (1986), в якій зібрані основні підсумки міжнародних досліджень ПТСР не тільки військової етіології, але й результати наслідків стресу, що відбулися в наслідок інших трагічних подій, таких як насильство, геноцид та інші. У 1988 році фахівці опублікували матеріали загальнонаціональних тестових досліджень із різних аспектів адаптації колишніх ветеранів в'єтнамської війни у мирному житті. (Kulka et al., 1990). Ці роботи надали відповіді на багату кількість питань, допомогли розширили уявлення, котрі були пов'язані з природою та діагностикою ПТСР [3]. В СРСР активізувався інтерес до теми ПТСР, коли в суспільстві почали гостріше підніматися питання пов'язані зі складнощами адаптації до мирного життя колишніх ветеранів війни в Афганістані (1979-1989 р.р.), На відміну від зарубіжних колег, радянські фахівці того часу, не володіли такими інструментами для діагностики посттравматичних станів, ні методиками для надання психологічної і терапевтичної допомоги постраждалим. Величезний прорив у розвитку радянської психології відбувається в 90-х роках. Саме в цей період при Інституті психології РАН під керівництвом Н. В. Тарабріної та при Академії управління МВС під керівництвом І. О. Котенєва створюються перші лабораторії посттравматичного стресу та психотерапії. А у 1991 році в Москві починає свою роботу «Психологічне товариство травматичного стресу». Його головне завдання полягало в тому, щоб максимально об'єднати дослідні роботи всіх фахівців СНД, які працюють в даній області [7]. Одночасно з цим була встановлена співпраця з міжнародними організаціями для адаптації і перекладу валідних методик. Завдяки професору Р. Пітмену і психофізіологічній лабораторії Harvard Medical School (США), були досягнуті спільні домовленості: перевести і апробувати комплекс методик, які використовувалися для визначення ПТСР у ветеранів В'єтнаму; зіставити та проаналізувати особливості посттравматичного стресового розладу у ветеранів воїн в Афганістані та у В'єтнамі. Даний проект було розпочато в рамках спільного крос-культурального проекту, який згодом був підкріплений грантами

Національного інституту психічного здоров'я (США), фондом Сороса і фондом РФФД [3,4,7]. Про важливі досягнення в розвитку ПТСР хочеться відзначити величезну заслугу Н. В. Тарабріної, яка активно брала участь в переговорах та в апробації методик. Результат її праці і досліджень описано в книгах, які використовуються в роботі з ПТСР в наші дні.

Водночас, фахівці підтверджують, що інтерес до такої теми, як посттравматичний стрес, можна відстежити не тільки в останні століття, а і в більш ранні періоди існування людської цивілізації.

Однак більш докладніше симптоматика посттравматичних станів починає описуватися з ХІХ століття. Ф. Піннель (франц. психіатр) описував посттравматичні симптоми у тих, хто пережив психологічні травми в період Французької революції та Наполеонівської імперії. А хірурги Наполеонівської армії розробили першу класифікацію симптомів та дали їй назву - «синдром вітру від гарматного ядра». Якоб Мендес да Коста (амер. лікар) в період громадянської війни в США описав стан «солдатське серце». Е. Краерелін займався дослідженнями в роки Першої світової війни (1914-1918) і виявив, що розлади, отримані, після важких психічних травм можуть залишатися і посилюватися з часом. Майерс в роботі «Артилерійський шок у Франції 1914-1919» розглядав, що контузія від розриву снаряда – це неврологічний стан, викликаний фізичною травмою, а «снарядний шок» - це психічний стан, викликаний сильним стресом. У Росії психологічні проблеми учасників бойових дій в роки Першої світової війни і Громадянської війни в Росії (1917-1922 р.р) вивчали С. Крайц, П. Ганушкін, Ф. Зарубін, В. Бестерев.

Реакції, обумовлені участю в бойових діях, стали предметом широких досліджень в ході Другої світової війни (1939-1945 р.р.). У 1941 р. в одному з перших систематизованих досліджень А. Кардинер (амер. психолог) дав назву цьому явищу - «хронічний військовий невроз». Незважаючи на це у різних фахівців дані реакції називалися по-різному: «військова втома», «бойове виснаження», «військовий невроз», «посттравматичний невроз» [3, 11]. В роки Другої світової війни та після її закінчення над цією проблемою активно працювали військові медики та російські психіатри: В. Є. Галенко, Е. М. Залкінд, М. В. Соловйова, В. Гіляровський, Е. Краснушкин та ін., які на протязі багатьох років вели дослідження в області ПТСР, деякі з цих досліджень була опублікована, але на жаль велика кількість даних, матеріалів та документів продовжують залишатися засекреченими і навіть в наші дні до них допускається досить вузьке коло фахівців.

З огляду на той фактор, що за останні 20 років військові конфлікти і терористичні акти продовжують спалахувати в різних країнах нашої планети: Україна, Сирія, Ізраїль, Туреччина, Осетія, Абхазія, Грузія, Чечня, Європі та країн Східної Азії, проблема ветеранів та питання з їх подальшою адаптацією до мирного життя буде гостро стояти в усіх воюючих країнах. Одночасно з цим в останні роки фахівці піднімають питання вже не тільки про ветеранів, а й про психологічний стан мирного населення, яке потрапило та проживає в зоні бойового конфлікту.

На даний час термін «посттравматичний стрес» (ПТСР) фахівці частіше використовують відповідно до наслідків катастроф, в які потрапляє людина у мирний час. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес (природні та техногенні катастрофи, бойові дії, тортури, звалтування та ін.), яка здатна викликати психічні порушення практично у будь-якої людини. [3,4,7]

Сучасні фахівці розглядають та використовують в роботі різні концепції, котрі описують причини виникнення ПТСР, наприклад: «двофакторна теорія»; теорія Р. Пітмена - «Патологічні асоціативні емоційні мережі», в основі якої використовується теорія Ланга; нейропсихологічна гіпотеза L. Kolb; три тенденції за З. Тарабріною; авторська етіологічна мультифакторна концепція А. Маркера; Дж. Келлі та його концепція полярних тверджень (конструктів); чотири характеристики травмуючих подій В. Ромека [3,4,7].

В нашій країні з 2014 року актуальність до вивчення теми посттравматичного синдрому стрімко зростає в зв'язку з воєнними подіями, які трапилися на Сході України і окремі наукові колективи психологів і психіатрів активно займаються її вивченням. Участь мирного населення в бойових діях, фахівці розглядають: 1) як стресову подію, котра носить винятковий характер, 2) як загальний дистрес, який може виникнути у будь-якої людини, яка стала свідком або учасником даних подій. На відміну від багатьох інших стресових ситуацій, участь у військовому конфлікті може з'явитися психічною травмою з віддаленими наслідками.

Зміни, які розвиваються у людини після того, як вона пережила психологічні травми, можуть раптово або поступово зачепити всі рівні її функціонування (особистісний, психологічний, фізіологічний) та взаємодії (міжособистісної, соціальної). Такі порушення призводять до стійких особистісних змін не тільки у людей, безпосередньо які пережили стрес, але і у членів їх сімей.

Сучасні фахівці поділяють симптоми посттравматичного стресу на три групи: 1) надмірне збудження (підвищена тривожність, нервовість, нав'язливі думки, відсутність спокійного сну, нічні кошмари, фобії, уникнення ситуацій, які викликають асоціації з травматичними спогадами); 2) періодичні напади депресивного настрою (пригніченість емоцій та почуттів, емоційне заціпеніння, відчай, усвідомлення безвиході); 3) риси істеричного реагування (параліч, сліпота, глухота, припадки, нервові тремтіння) (Horowitz et al., 1980).

Карднер (1941 р.) затверджував, що військовий невроз має не тільки фізіологічну природу, а ще і психологічну. А ще він першим описав його комплекс симптоматику: 1) збудливість і дратівливість; 2) нестримний тип реагування на раптові подразники; 3) фіксація на обставинах травмувала події, 4) відхід від реальності; 5) схильність до некерованих агресивних реакцій [7].

У міжнародній класифікації психічних порушень у травматичному стресі виділяють три групи симптомів: симптом повторного переживання (або симптом «вторгнення»), симптом уникнення і симптом фізіологічної гіперактивації.

Класифікації, котрі використовуються фахівцями для симптоматики та специфіки переживання посттравматичного стресового розладу у військових, майже повністю можна використовувати і для мирного населення, яке постраждало внаслідок бойових дій, наприклад:

1) прискорене серцебиття, біль в грудині, уривчастість дихання та задихання, підвищена пітливість (синдром «солдатське серце»);

2) почуття провини, якщо людина залишилася в живих, а хтось із близьких або дітей загинув під час обстрілів в наслідок бойових дій (синдром «вижив»);

3) коли спогади про травматичні події постійно вторгаються в свідомість (синдром «флешбек»);

4) агресивність, конфліктність, імпульсивність в поведінці зі спалахами фізичного насильства, зловживання спиртними напоями або наркотиками, безладні сексуальні зв'язки, замкнутість, підозрілість (прояви «командирської» психопатії);

5) різке або прискорене старіння (сивина волосся, зморшки, в'ялість шкіри), стрімка зміна ваги (втрата або навпаки набір), психічна млявість, прагнення до тиші та спокою (синдром «прогресуюча астения»).

Симптоми ПТСР, котрі проявляються майже у всіх ветеранів через тривалий час після повернення додому, мають велику схожість з проявами симптомів ПТСР у мирного населення, яке продовжує проживати в зоні бойових дій:

1) нічні кошмари - найчастіше повторюються в перші 2-4 роки: обстріли, вбивства, загроза життю, відчуття самотності та безпорадності. Такі сновидіння можуть супроводжуватися різними рухами.

2) психологічний дистрес - виникає під впливом подій та обставин, які символізують травматичне переживання або мають схожість з де якими його аспектами: шум літака або гелікоптера, звуки грози, салюту або петарди та інші. Всі ці стимули можуть реактивувати симптоми ПТСР та дистресу. Періодично виникають спогади з приводу втрати: житла, смерть, робота, круг спілкування, все це супроводжується гострим емоційним болем, постійним прокручування та проживання тих чи інших травмуючих подій. Але, якщо людина буде уникнути неприємних повторних переживань - це також може привести до реактивації симптомів.

3) емоційне зубожіння або втрата інтересу до будь-якої активності, яка «раніше займала», відчуття відчуження (відгородженості) від інших людей, Емоційні проблеми відбиваються в різних сферах життя: особистісні, сімейні, соціальні.

3) підвищена збудливість - розлади сну: інсомнії (проблеми з засинанням, часте пробудження, поверхневий сон, відсутність почуття відпочинку після сну); парасомнії (рухові, психічні - нічні кошмари) [3,4,5].

Підвищена дратівливість, лють, гнів, схильність до насильства є типовими проявами ще однієї констеляції симптомів підвищеної збудливості. У 95% випадків спостерігається виражене зниження стійкості уваги. Про підвищену обережність, підвищену пильність повідомляють 80% обстежених ветеранів.

До симптомів ПТСР у людей, які проживають в зоні бойових дій ми можемо віднести: тривожність, депресію, імпульсивну поведінку, алкоголізм (токсикоманію), соматичні проблеми, порушення відчуття часу та інші. Всі ці стани мають певну динаміку і з віком посттравматична симптоматика може як слабшати, так і ставати все більш вираженою.

Фахівцями доведено, що посттравматичний стрес впливає не тільки на психологічний стан людини, але такої може спровокувати зміни в когнітивній, емоційній та поведінковій сфері психіки людини. L. Kolb описував зміни, котрі відбуваються в нейронах кори головного мозку: блокада синаптичної передачі та навіть загибель нейронів. В першу чергу при цьому страждають зони мозку, пов'язані з контролем над агресивністю і циклом сну. Саме ці фактори проявляються у мирної людини, яка не тільки постраждала в наслідків бойових дій, а на протязі довгого часу продовжує знаходитися в зоні військового конфлікту [3,7].

Складна взаємодія зовнішніх соціальних умов і внутрішніх, генетично успадкованих особливостей (особистість із системою відносин і мотивацією діяльності), визначає стан стресостійкості в екстремальних умовах.

У вітчизняній науці протягом останніх років проблема профілактики стресостійкості при стресі та ПТСР стала розглядатися більш в широкому контексті. При роботі з посттравматичним станом можна також використовувати форми терапії, які запропонував М. Коттон при роботі зі стресом: 1) індивідуальну, 2) групову, 3) бібліотерапію. Методи не повинні принести шкоди здоров'ю й гнучко переробляти навантаження, а також скорочувати непотрібні навантаження або уникати їх.

Наукова розробка методів і засобів саморегуляції стану з метою профілактики стресу та ПТСР відкрила більші можливості і стала предметом психопрофілактичної роботи. Наприклад, тренінги саморегуляції: аутогенне тренування в різних варіантах, тренінг біологічного зворотного зв'язку. Дані методи спрямовані на розвиток здатності контролю й керування фізіологічними функціями, на оптимізацію емоційного стану й зниження психологічної напруги у особистості.

Методи психічної саморегуляції спрямовані на формування специфічного типу станів людини - релаксації. На його основі утворюються різні ступенів аутогенного занурення, при переживанні яких створюються сприятливі умови для повноцінного відпочинку, посилення відбудовних

процесів і вироблення навичок довільної регуляції ряду вегетативних і психічних функцій.

На думку ряду авторів, спостережувані при виникненні станів релаксації й аутогенного занурення зрушення в протіканні фізіологічних (насамперед нейрогуморальних) і психічних процесів є зворотною копією відповіді організму на стресову ситуацію; психофізіологічний ефект перебування в стані релаксації може розглядатися як діаметрально протилежний ефекту стресу.

В останні роки питання над проблемою адаптації усе більше зростають у зв'язку з затяжною та напруженою бойовою ситуацією, яка триває на протязі шести років на Сході України. Водночас з цим відбуваються стрімкі та прискоренні зміни у житті людини, які стосуються роботи, побуту, планування подальшого життя. Данна ситуація потребує від багатьох людей кардинальної переоцінки цінностей, перебудови морального відношення до багатьох подій, мобільності, життєвій активності, освоєння нових підходів до життєвих проблем, нового мислення. А для цього необхідні нові форми й темпи психічної та фізіологічної адаптації, технічні й фінансові засоби пристосування до швидко мінливих умов. Не всі люди в силу своїх біологічних особливостей і можливостей можуть це витримати, тому в процесі хворобливої адаптації виживають духовно й фізично сильні, але як сильні, так і менш сильні мають потребу в навчанні методам і способам виживання в умовах збройного конфлікту та допомозі в підвищенні психофізичної стресостійкості.

Висновки. Проведений аналіз літератури показав, що при роботі з громадським населенням, яке перебуває в зоні бойових дій, можна використовувати три напрямки, за допомогою яких вивчається проблема стресу: 1) перший напрямок представлений роботами дослідників, що дотримуються позицій основоположника теорії стресу - Г. Сельє; 2) другий напрямок ґрунтується на баченні природи стресу й оволодіння з ним (копінга) Р. Лазаруса. 3) третій підхід - це затяжна або відстрочена емоційна реакція на ситуації, яку М. Горовіц виділив в окремий напрямок - посттравматичний стрес (ПТСР). У сучасних умовах особистості, яка проживає в зоні бойового конфлікту, на перше місце виступає проблема соціальної цінності людини, при цьому психологічне здоров'я є одним з важливих об'єктивних умов життєдіяльності. Серед безлічі факторів, що визначають працездатність й інші характеристики здоров'я, більшу роль грає психічна стійкість до стресових ситуацій. Високий рівень стійкості до стресів є запорукою збереження, розвитку й зміцнення психологічного стану та здоров'я особистості. Основними завданнями психологічної допомоги і реабілітації мирного населення, яке проживає в зоні бойових дій є: вивчення й узагальнення особливостей виникнення ПТСР, проходження та ефективність психологічних заходів, що здійснюються при психічних розладах та надання їм психологічної допомоги.

Список використаних джерел

1. Александровський Ю. О. та ін. Психогенії в екстремальних умовах / Ю. О. Александровський. – М.: Медицина, 1991.
2. Бодров В. А. Психологічний стрес: розвиток і подолання / В. А. Бодров. - М.: ПЕР СЕ, 2006.
3. Малкіна-Пих І. Г. Екстремальні ситуації / І. Г. Малкіна-Пих.- М.: Вид-во Ексмо, 2005.
4. Ромек В. Г. Поведінкова психотерапія / В. Г. Ромек. - М.: Вид. центр «Академія», 2002.
5. Сельє Г. Коли стрес не приносить горя: Невідомі сили в нас / Г. Сельє. – М.: Прогрес, 1992.
6. Солдаткін В. О. Посттравматичний стресовий розлад / В. О. Солдаткін.- Р.-нД: Вид-во РостГМУ, 2015.
7. Тарабріна Н. В. Практикум з психології посттравматичного стресу / Н. В. Тарабріна.- СПб: Пітер, 2001.

МАКСИМ Ольга Василівна

науковий співробітник лабораторії соціально
дезадаптованих неповнолітніх
Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0002-9869-1684

ЦІННІСНІ ОРІЄНТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ, СХИЛЬНИХ ДО ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

Максим О. В., науковий співробітник лабораторії соціально дезадаптованих неповнолітніх, Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, м.Київ, Україна. **Ціннісні орієнтації підлітків, схильних до девіантної поведінки.**

Ключові слова: девіантна поведінка, соціальна дезадаптація, підлітки, ціннісні орієнтації.

В Україні останнім часом спостерігається зростання чисельності підлітків, основна мета життя яких зводиться до досягнення матеріального благополуччя за будь-яку ціну. Цінність праці і навчання втратила свої чільні значення і значимість, стала носити прагматичний характер. Такі тенденції визначають необхідність вивчення психологічних особливостей особистості підлітків з девіантною формами поведінки. Наші дослідження демонструють, що девіантні підлітки характеризуються конфліктним співвідношенням цінностей в ієрархії цінностей, недиференційованою тимчасовою перспективою, орієнтацією на минуле, негативним емоційним ставленням до справжнього, незначущим ціннісним ставленням і нездатністю контролювати обставини власного життя в сьогоденні. Девіантні підлітки досягають бажаних емоційних переживань за допомогою ілюзорно-компенсаторної діяльності. Провідні мотиви поведінки поступово втрачають свої функції.

Максим А. В., научный сотрудник лаборатории социально дезадаптированных несовершеннолетних, Институт психологии имени Костюка АПН Украины, Киев, Украина. **Ценностные ориентации подростков, склонных к девиантному поведению.**

Ключевые слова: девиантное поведение, социальная дезадаптация, подростки, ценностные ориентации.

Аннотация. В Украине в последнее время наблюдается увеличение численности подростков, основная цель жизни которых сводится к достижению материального благополучия любой ценой. Ценность труда и обучения потеряла свое основное предназначение и значимость, стала носить прагматический характер. Такие тенденции определяют необходимость

изучения психологических особенностей личности подростков с девиантными формам поведения. Наши исследования показывают, что девиантные подростки характеризуются конфликтным соотношением ценностей в иерархии ценностей, недифференцированной временной перспективой, ориентацией на прошлое, отрицательным эмоциональным отношением к настоящему, незначимым ценностным отношением и неспособностью контролировать обстоятельства своей жизни в настоящем. Девиантные подростки достигают желаемых эмоциональных переживаний с помощью иллюзорно-компенсаторной деятельности. Ведущие мотивы поведения постепенно теряют свои функции.

Maxim A. V., Researcher, Laboratory of Socially Disadapted Juveniles, Kostyuk Institute of Psychology, Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine. **Value Orientations of Adolescents Prone to Deviant Behavior.**

Key words: deviant behavior, social maladaptation, adolescents, value orientations.

Annotation. Recently in Ukraine there has been an increase in the number of adolescents whose main goal in life is to achieve material well-being at any cost. The value of work and training has lost its main purpose and significance, has become pragmatic - the desire to receive more benefits, privileges and less work and study. Such trends determine the need to study the psychological characteristics of the personality of adolescents with deviant forms of behavior. Our studies show that deviant adolescents are characterized by a conflicting relationship of values in the hierarchy of values, an undifferentiated time perspective, orientation toward the past, negative emotional attitude to the present, insignificant value attitude and inability to control the circumstances of their life in the present. Deviant adolescents achieve their desired emotional experiences through illusory-compensatory activities. Leading motives of behavior are gradually losing their functions.

Актуальність. Проблема відхилень у поведінці підлітків в даний час набула особливої актуальності та має серйозне суспільне значення. Її неоднозначність і складність обумовлені не тільки тим, що, в зв'язку з корінними соціально-економічними, культурно-історичними змінами в нашій країні, відбувається постійне збільшення числа девіантних підлітків, а й тим, що з кожним роком зростає число варіантів моделей девіантної поведінки, обумовленого, як вродженими, так і набутими факторами.

Основна мета нашого дослідження полягає в здійсненні теоретичного аналізу ціннісних орієнтацій підлітків, схильних до девіантної поведінки.

Результати теоретичного аналізу проблеми. В Україні останнім часом спостерігається зростання чисельності підлітків, основна мета життя яких зводиться до досягнення матеріального благополуччя за будь-яку ціну. Цінність праці і навчання втратила свої чільні значення і значимість, стала носити прагматичний характер - більше отримувати благ, привілеїв і менше

працювати і вчитися. Дана життєва позиція підлітків набуває все більш відкритий і войовничий характер, провокуючи хвилю споживацтва, часто приводить до відхилення в поведінці. Для багатьох підлітків характерна орієнтація на особисте матеріальне благополуччя, на дію щодо його забезпечення, на життя за принципом «як хочеться», на самоствердження за всяку ціну і будь-якими засобами. Ними керує не користь і прагнення задовольнити свої потреби злочинним шляхом, а залучає сам процес вчинення злочину, участі «за компанію», щоб не уславитися боягузом і т.д.

Враховуючи вищезазначене, все більше зростає необхідність вивчення психологічних особливостей особистості підлітків з девіантною формами поведінки. Тим часом, дослідження особистісних особливостей, ціннісних орієнтацій таких підлітків, незважаючи на значну кількість робіт, залишається явно недостатнім.

Людині необхідна система смислових життєвих орієнтирів - ціннісних орієнтацій. Світ оточуючих її речей, явищ і людей наповнений смислами, і збіг її власної картини світу з уявленнями оточуючих є для неї критерієм істини. Навіть якщо картина світу не відповідає дійсності, вона все одно виконує орієнтовну функцію. Виходячи з певної ієрархії цінностей, людина планує своє майбутнє, намічає цілі і розміщує їх на тимчасовій вісі. Орієнтуючись в широкому спектрі соціальних цінностей, індивід вибирає ті з них, які найбільш тісно пов'язуються з його домінуючими потребами. Предмети цих потреб, будучи усвідомленими особистістю, стають її провідними життєвими цінностями. Ціннісні орієнтації не мають тієї визначеності, яка властива цілям і планам. Завдяки цьому, вони виконують більш гнучку регулятивну функцію. Якщо життєві цілі і плани не реалізуються, наявність ціннісних орієнтацій забезпечує стійкість особистості в момент «Кризи нереалізованості» [3]. Якщо ж цілі досягнуті, ціннісні орієнтації стимулюють до постановки нових цілей. У разі несформованості системи цінностей підлітка, усунення дитини від будь-яких життєвих проблем, від будь-якої активної діяльності, сфера її інтересів починає приймати переважно корисливу, насильницьку, паразитичну або споживчу спрямованість, що сприяє формуванню інфантильності, нездатності співпереживати людському горю, долати життєві труднощі та критичні ситуації. Для таких людей характерна примітивність в судженнях, переважання розважальних інтересів. Такі якості особистості, як чесність, порядність, інтелігентність та освіченість, виявляються не тільки неprestижними, але і зневажаються підлітками з девіантною поведінкою.

Висновки. Девіантні підлітки характеризуються конфліктним співвідношенням цінностей в ієрархії цінностей, недиференційованою тимчасовою перспективою, орієнтацією на минуле, негативним емоційним ставленням до справжнього, незначущим ціннісним ставленням і нездатністю контролювати обставини власного життя в сьогоденні. Девіантні підлітки досягають бажаних емоційних переживань за допомогою ілюзорно-

компенсаторної діяльності. Провідні мотиви поведінки поступово втрачають свої функції.

УДК 159.95+159.98

DOI 10.32689/2663-0672-2020-2-4-105-107

МАКСИМЕНКО Сергій Дмитрович

доктор психологічних наук, професор,
академік НАПН України, директор Інституту
психології імені Г. С. Костюка НАПН України
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0002-3592-4196

ЖИТТЄВА ЕНЕРГІЯ ЯК ГЕНЕТИЧНО ВИХІДНА ОДИНИЦЯ ЛЮДСЬКОГО РОЗВИТКУ ТА ІСНУВАННЯ

Максименко С. Д., доктор психологічних наук, професор, академік НАПН України, директор Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, м. Київ, Україна. **Життєва енергія як генетично вихідна одиниця людського розвитку та існування.**

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

Анотація. Біологічне та соціальне є факторами, що діють на особистість, і, водночас, факторами, які утворюють особистість та забезпечують її існування та внутрішній розвиток. Саме єдність біологічного та соціального обумовлює активність особистості, її реальну сутнісну природу. Однією зі змістових характеристик життєвої енергії є її здатність до «опредмечування», породження якісно інформаційно та генетично нової життєвої енергії, створення і нової людини, і якісно нового продукту в результаті творчої діяльності. Таким чином, життєву енергію можна розглядати як генетично вихідну одиницю людського розвитку та існування, яка є основою розвитку особистості.

Максименко С. Д., доктор психологических наук, профессор, академик АПН Украины, директор Института психологии имени Г. С. Костюка АПН Украины, г. Киев, Украина. **Жизненная энергия как генетически исходная единица развития и существования человека.**

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

Аннотация. Биологическое и социальное являются факторами, действующими на личность, и одновременно факторами, которые образуют личность и обеспечивают ее существование и внутреннее развитие. Именно единство биологического и социального обуславливает активность личности, ее реальную сущностную природу. Одной из содержательных характеристик

жизненной энергии является ее способность к «опредмечиванию», порождение качественно информационно и генетически новой жизненной энергии, создание и нового человека, и качественно нового продукта в результате творческой деятельности. Таким образом, жизненную энергию можно рассматривать как генетически исходную единицу человеческого развития и существования, которая является основой развития личности.

Maksymenko S. D., PhD, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Academician of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Director of The G. S. Kostyuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine; Kyiv, Ukraine. **Life Energy as a Genetically Original Unit of Human Development and Existence.**

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

Abstract. Biological and social are the factors that affect the personality, and, at the same time, the factors that form the personality and ensure its existence and internal development. It is the unity of the biological and the social that determines the activity of the individual, his real essential nature. One of the semantic characteristics of vital energy is its ability to "objectify", the generation of qualitatively informational and genetically new vital energy, the creation of a new person and a qualitatively new product as a result of creative activity. Thus, life energy can be considered as a genetically derived unit of human development and existence, which is the basis of personality development.

Особистість є цілісною, неповторною, унікальною системою, пізнання якої є важливим як для розуміння окремих психологічних функцій, так і для усвідомлення сенсу буття людини. Однак у сучасній науці не вистачає адекватного метода, який би забезпечив дослідження особистості саме як цілісності, суперечливого поєднання біологічного та соціального в процесі її саморозвитку. Запропонований нами оригінальний генетико-моделюючий метод створений якраз для вивчення цілісної особистості, яка саморозвивається завдяки дії біосоціальної основи. В якості цієї біосоціальної основи, «опредмеченої» в конкретній особистості, ми розглядаємо життєву енергію, або «нужду». Біологічне та соціальне є тими факторами, які водночас і діють на особистість «ззовні», й забезпечують її існування та розвиток «зсередини».

Ми стверджуємо, що витоками активності особистості є зовсім не потреби, як це традиційно вважається, а специфічний енергетично-інформаційний носій,- життєва енергія. Особистість – це єдина в світі форма існування вищої психіки, тобто, психіка людини має особистісну природу. За допомогою генетико-моделюючого методу стає можливим дослідити цілісну особистість, її можливості самомоделювання й саморозвитку, витоком чого є життєва енергія , яка визначає унікальне явище життя, детермінує та спрямовує еволюційний процес у бік постійного ускладнення та прогресу.

Вивчаючи співвідношення біологічного та соціального, слід зауважити, що в природі немає живих істот, які б існували окремо від інших організмів, тобто, потяг до взаємоіснування, разом із енергією розмноження, забезпечує нескінченність життя, основою чого є життєва енергія, яка об'єднує в діалектичній єдності біологічне (розмноження) із соціальним (взаємодією), забезпечуючи перетворення (втільнення) соціального (взаємодії) в біологічне – нову живу істоту - як суб'єкта реалізації її сутнісної функції. Кожна зустріч двох істот, що відбувається з метою власного продовження через створення і народження нової істоти, означає не лише подвоєння енергії, але й подвоєння інформації, різноманіття існування, що й є вихідним рівнем розвитку, спрямованого на постійне ускладнення та підвищення інтегрованості живого.

Життєва енергія, або нужда, пов'язана з фізичною енергією Всесвіту, однак виникає та існує лише як утілена в біологічну істоту, яка, таким чином, є проявом життєвої енергії. При цьому, життєва енергія має афіліативну природу, її справжньою формою існування є любов у широкому розумінні, як та сила, яка протидіє космічній ентропії та обумовлює загальний афіліативний рух живих істот, наслідком чого стає народження нової людини, тим самим забезпечуючи часову нескінченність існування життєвої енергії, нескінченність і вічність любові, неперервність психічного життя в цілому та, зокрема, особистості як його людської форми існування.

УДК 159.9+37.06:316.36+172:173:159.95

DOI 10.32689/2663-0672-2020-2-4-108-110

ОЛЕКСЕНКО Олександр Михайлович

магістр психології, старший викладач,
фахівець кафедри медичної психології
ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія
управління персоналом»
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0002-3425-0580

ПРОДОВЖЕННЯ РОДУ З ТОЧКИ ЗОРУ ЕКЗИСТЕНЦІАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ: БІОЛОГІЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ЧИ СЕНС ЖИТТЯ?

Олексенко О. М., магістр психології, старший викладач, фахівець кафедри медичної психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; м. Київ, Україна. **Продовження роду з точки зору екзистенціальної психології: біологічна значимість чи сенс життя?**

Ключові слова: продовження роду, сенс життя, екзистенціальна психологія, особистість

Анотація. Розкриття теми продовження роду а також біологічної значимості в екзистенціальній психології є досить актуальним, оскільки навколо даних питань існує безліч забобонів, традицій, установок та переконань, які мають негативний вплив на суспільство а в окремих випадках призводять до неврозів. В ХХІ столітті є дуже важливим врахування цих особливостей в аспектах виховання дітей а також психологічної просвіти.

Олексенко А. М., магістр психологии, старший преподаватель, специалист кафедры медицинской психологии ЧАО «ВУЗ «МАУП». **Продолжение рода с точки зрения экзистенциальной психологии: биологическая значимость или смысл жизни?**

Ключевые слова: продолжение рода, смысл жизни, экзистенциальная психология, личность

Аннотация. Раскрытие темы продолжения рода, а также биологической значимости в экзистенциальной психологии является весьма актуальным, поскольку вокруг данных вопросов существует множество предрассудков, традиций, установок и убеждений, которые негативно влияют на общество, а в отдельных случаях приводят к неврозам. В ХХІ веке очень важно учитывать эти особенности в аспектах воспитания детей, а также популяризации психологии.

Oleksenko O. M., Master of Psychology, Senior Lecturer, Specialist of the Medical Psychology Department, The Private Joint-Stock Company "Higher

Educational Institution “Interregional Academy of Personnel Management”, Kyiv, Ukraine. **Reproduction From the Point of View of Existential Psychology: Biological Significance or the Meaning of Life?**

Keywords: reproduction, the meaning of life, existential psychology, personality

Abstract. Disclosure of the topic of procreation as well as biological significance in existential psychology is quite relevant, because around these issues there are many superstitions, traditions, attitudes and beliefs that have a negative impact on society and in some cases lead to neurosis. In the XXI century it is very important to take into account these features in the aspects of raising children and psychological education.

Людина – істота, яка одночасно існує в декількох вимірах (ці виміри доречно називати площинами, рівнями, і т.д.) - психологічному, біологічному, фізичному, соціокультурному, духовному тощо. В біологічному вимірі людина проявляє себе як індивід, представник людського виду, не більше й не менше. Дитина народжується як індивід. Завдяки спілкуванню з дорослими вона поступово засвоює соціальний досвід людства і включається в систему суспільних відносин, що формують її потреби, інтереси, світогляд, переконання, тобто розвивають її як особистість [1]. Саме в соціокультурному вимірі відображається сутність людини як особистості. Особистість — віддзеркалення соціальної природи людини, розгляду її як індивідуальності та суб'єкта соціокультурного життя, що розкривається в контекстах соціальних відносин, спілкування і предметної діяльності; соціально зумовлена система психічних якостей індивіда, що визначається залученістю людини до певних суспільних, культурних, історичних відносин [2].

Розвиток особистості можливий тільки в соціумі, і значною частиною цього процесу є виховання. Саме від виховання залежить, стане людина особистістю чи залишиться індивідом (на прикладі «дітей-Мауглі» можна зробити висновок про надзвичайну важливість виховання). Генетичні особливості та біологічні передумови не є визначальними в тому випадку коли ми говоримо про особистість (якщо не брати до уваги випадки різних хвороб, аномалій розвитку, тощо), значно важливішим є саме виховання.

З точки зору біології – передача генів наступному поколінню є ключовим процесом. Він забезпечує виживання та процвітання виду. Для людини ж на перше місце виходить не передача генів, не просто біологічне продовження роду, а виховання особистості. Тут ми оперуємо вже такими поняттями, як соціальна матерія, соціум, як було сказано вище. Виходячи з цього, можна зробити висновок, що неважливо, являються носіями генів батьки чи ні. Тому неважливо, людина виховує свою чи чужу або всиновлену дитину.

Якщо для людини стає важливішим за все передати гени та продовжити свій рід, то сенсом життя цієї людини можна назвати біологічну

значимість. Це ірраціональні переконання та свого роду біологічний егоїзм. Незадоволення цієї ірраціональної потреби, наприклад, при безплідності, призводить до виникнення невротичних станів та фрустрацій.

Віктор Франкл вважав, що сенс життя унікальний для кожної людини. Людина може зробити своє життя осмисленим, реалізуючись через три основних шляхи свого розвитку і орієнтуючись на три групи цінностей:

- шляхом того, що людина може дати життя, - на творчу діяльність (цінності творчості);

- шляхом того, що людина включається в переживання цінностей, які знаходить в світі (цінності переживання);

- за допомогою позиції, займаної по відношенню до долі і обставин свого життя, які він не може змінити (цінності відношення) [3].

Чи являється сенсом життя виховання дитини? Відповідь діалектична – і так, і ні. Якщо для людини стає самоціллю та сенсом життя виховання дитини, то це призводить до прояву вже соціального егоїзму та невротизує вже саму дитину.

Якщо виховання дитини відбувається через ціннісні пласти творчості та переживання за В. Франклом – ми вже не просто виховуємо дитину, ми допомагаємо їй «створитись в особистість», і бачачи результат – отримуємо ті глибинні переживання, які з'являються, в тому числі, при реалізації свого призначення в цьому світі. Отже, виховання особистості – значно більш важливий процес, ніж просто передача генів, біологічна значимість, і є складним творчим процесом становлення людини.

Список використаних джерел

1. Данильян О. Г. Основи філософії: Навч. посібник / Данильян О. Г., Тараненко В.М.- Х.: Право, 2003. - 352 с.

2. Боришевський М. Й. Особистість у вимірах самосвідомості / М. Й. Боришевський.- Суми: Вид. дім «Еллада», 2012.- 608 с.

3. Сенс життя особистості по Віктору Франклу: Інтерпретація Маланова С. В. / С. В. Маланов // Методологічні та теоретичні основи психології: М., Вид-во Московського психолого-соціального інституту; Воронеж, Вид-во НВО «Модек», 2005 р.- С. 188-190 [Електронний ресурс].- режим доступу: vikent.ru; Психологіс: енциклопедія практичної психології [Електронний ресурс].- режим доступу: http://psychologis.com.ua/smysl_zhizni_lichnosti_po_viktoru_franklu.htm

УДК 316.36

DOI 10.32689/2663-0672-2020-2-4-111-113

ПАВЛЮК Марія Михайлівна

доктор психологічних наук, професор
кафедри психології ПрАТ «ВНЗ
«Міжрегіональна Академія управління персоналом»
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0002-0822-8128
Researcher ID AAM-5245-2020

ПОДРУЖНЯ СУМІСНІСТЬ ЯК ФАКТОР СТАБІЛЬНОСТІ ШЛЮБУ

Павлюк М. М., доктор психологічних наук, професор кафедри психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП», м. Київ, Україна. **Подружня сумісність як фактор стабільності шлюбу.**

Ключові слова: шлюб, стабільність, подружня сумісність.

Анотація. Сім'я виконує безліч функцій, однак їх виконання можливе лише за умови однозначного розуміння подружжям своєї сімейної ролі та відповідальності у ставленні до сім'ї, а також за умови «здорових» взаємин між подружжям.

Павлюк М. М., доктор психологических наук, профессор кафедры психологии ЧАО «ВУЗ «МАУП», г. Киев, Украина. **Супружеская совместимость как фактор стабильности брака.**

Ключевые слова: брак, стабильность, супружеская совместимость.

Аннотация. Семья выполняет множество функций, однако их выполнение возможно только при условии однозначного понимания супругами своей семейной роли и ответственности в отношении к семье, а также при условии «здоровых» отношений между супругами.

Pavlyuk M. M., PhD, Doctor of Psychological Sciences, Professor of the Department of Psychology, The Private Joint-Stock Company "Higher Educational Institution "Interregional Academy of Personnel Management", Kyiv, Ukraine. **Marital Compatibility as a Factor in the Stability of Marriage.**

Key words: marriage, stability, marital compatibility.

Abstract. The family performs many functions, but they can be performed only if the spouses have a clear understanding of their family role and responsibilities in relation to the family, as well as under the condition of a "healthy" relationship between the spouses.

На сьогоднішній день можна спостерігати зниження показників психічного здоров'я сучасної сім'ї. Проблемою української сім'ї залишається

нестабільність шлюбних відносин та значна вірогідність розлучення. На сучасному етапі розвитку суспільства дедалі більше молодих людей віддає перевагу не вступати у шлюб на самому початку своїх стосунків, або ж зовсім не реєструвати його офіційно. Зростає кількість осіб, які прагнуть до альтернативних форм устрою власного життя, ставлення до шлюбу суттєво змінюється. Тенденція в Україні така, що й серед європейських держав: кількість розлучень зростає, але при цьому кількість шлюбів, які щорічно укладаються, залишається високою.

Сім'я – це результат і творець цивілізації, вона займає важливе місце в людському суспільстві. Сім'я - найважливіше джерело соціального і економічного розвитку суспільства. Вона породжує головний суспільний скарб – особистість. Через неї відбувається зміна поколінь людей, у ній здійснюється виховання, первинна соціалізація особистості, досягнення нею громадянської зрілості. Вона слугує ефективним засобом для відновлення, підтримки духовних і фізичних сил особистості, включення її у суспільне життя. Стабільність сім'ї визначається постійною роботою над собою усіх її членів. Багато душевних сил витрачається як при підготовці до шлюбу, так і після його укладення. В умовах карантину ускладнилися питання пов'язані із житлово-побутовими, матеріальними труднощами, які можна подолати лише за умови міцних подружніх стосунків, підтримки та допомоги як з боку держави, так із боку кожного члена у сімейній системі, попри те, що сьогодні державою створено багато служб, які допомагають молодим сім'ям, підтримують їх у скрутний час. Проте кількість розлучень не зменшується, а навпаки збільшується. Чому? Спробуємо знайти відповідь на це запитання.

На наш погляд, причини криються в подружній сумісності, яка є багатоплановою та багатоаспектною. Виділяють такі види подружньої сумісності: соціальну, психологічну, сексуальну, сімейно-побутову.

Соціальна сумісність – особливий погляд особистості на світ, ціннісні орієнтації. Вона полягає в розумінні сенсу життя, суспільній активності, відносинах до себе і до інших людей. Дуже важко витримати таку несумісність у шлюбі протягом усього життя.

Психологічна сумісність полягає у взаємодії характерів, темпераментів, особистісно-вольових якостей подружньої пари. Саме від неї залежить емоційний настрій у сім'ї. Гармонійність, відповідність потреб у інтимному спілкуванні обох сторін подружжя забезпечує сексуальна сумісність, яка формується на знаннях з анатомії і фізіології людини, на культурі і техніці статевого спілкування.

Сімейно-побутова сумісність означає єдність поглядів на стиль життя, на призначення сім'ї, на сімейні ролі. Якщо партнери будуть мати схожі погляди на побутові питання, то у сім'ї завжди буде панувати комфорт і затишок.

Різні види сумісності взаємопов'язані та доповнюють один одного. Тому в сімейних відносинах потрібно враховувати кожен аспект, щоб не порушувати злагодю, яка так важко здобувається. Високий рівень подружньої

сумісності значно збільшує вірогідність подружньої гармонії, але вирішальною все ж таки є загальна культура партнерів, яка полягає в толерантності, вмінні не розпускатися, контролювати і стримувати негативні емоції, в розумінні того, що добрі стосунки, а не порядок, затишок і смачна їжа є головною цінністю сімейного життя. При наявності такої культури подружнтя несумісність мало помічається і не псує подружніх стосунків, тоді коли у неврівноважених, нестриманих, агресивних та грубих партнерів вона викликає постійні конфлікти. Вступаючи в шлюб, важливо усвідомлювати, що це не дружній союз, який можна розірвати, коли того забажаєш. Це велика відповідальність і прив'язаність обох партнерів.

Створення міцних стосунків, що ґрунтуються на довірі, повазі один до одного, має виховуватися не на початку сімейного життя, а ще в батьківській сім'ї. Мова йде про виховання культури дошлюбних та подружніх взаємовідносин паралельно з вихованням старшого покоління – батьків молодих сімей. Для того, щоб побудувати будинок, потрібно все ретельно підготувати: купити частину землі, спроектувати будинок і лише потім закласти фундамент. Це ж саме стосується і створення щасливого шлюбу.

Часто люди говорять «Я хочу одружитися», проте не замислюються над труднощами, з якими доведеться зіткнутися. Статистика свідчить, що майже п'ятдесят відсотків молодих сімей, які одружилися за останні п'ять років, розпалися. Аналіз причин цього явища досить складний, але одним із аспектів є сімейні конфлікти. Вони пов'язані з неправильним розумінням сутності шлюбу та сім'ї, з відсутністю кохання, з проблемами виховання та нездатністю зрозуміти дітей, збагатити їхній духовний світ. Від того, наскільки молоді люди будуть сумісні, вступаючи в шлюб, залежить згуртованість сім'ї.

Таким чином, сім'я є сферою життєдіяльності і задоволення певних потреб особистості. Причому потреби, які задовольняються у сім'ї, можуть бути реалізовані і поза нею, проте лише благополучна сім'я, створення якої, як правило, вимагає значних зусиль, може всі ці потреби об'єднати і задовольнити комплексно. Сім'я виконує безліч функцій, однак їх виконання можливе лише за умови однозначного розуміння подружжям своєї сімейної ролі та відповідальності в ставленні до сім'ї, а також за умови «здорових» взаємин між подружжям.

УДК 316.6:316.35:37.04+37.06+159.91+159.97

DOI 10.32689/2663-0672-2020-2-4-114-118

РЯБОВОЛ Тетяна Анатоліївна

старший науковий співробітник лабораторії
психології дезадаптованих неповнолітніх
Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0001-9769-6742

НЕДОРОЗВИНЕННЯ ПРОГНОСТИЧНОЇ ФУНКЦІЇ В СИСТЕМІ ДЕТЕРМІНАНТ ПРОТИПРАВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ

Рябовол Т. А., старший науковий співробітник лабораторії психології дезадаптованих неповнолітніх Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. **Недорозвинення прогностичної функції в системі детермінант протиправної поведінки підлітків.**

Ключові слова: прогностична функція, протиправна поведінка, підлітки.

Анотація. Підлітки, що вже порушили закон, мають психологічні травми та викривлення в особистісному розвитку, а протиправна поведінка є їх наслідком. Адже саме неприйняття їх соціумом, байдужість до базових потреб у вкрай важливий для розвитку особистості період і призвели до вибору ними антисоціальної спрямованості та поведінки. Як правило, це діти, які в своєму житті стикалися з насильством, загрозою життю, нестерпним душевним болем, діти які потребують соціальної реабілітації.

Підлітки з девіантною поведінкою часто мають спотворені уявлення про власну життєву перспективу, вони демонструють байдужість до майбутнього, вони і не думають про нього, і не уявляють його. Існує необхідність вивчення прогнозування на рівні особистості. Результати такого дослідження дадуть можливість підвищити ефективність психокорекційного впливу на соціально дезадаптованих підлітків.

Рябовол Т. А., старший научный сотрудник лаборатории психологии дезадаптированных несовершеннолетних Института психологии им. Г. С. Костюка АПН Украины. **Недоразвитие прогностической функции в системе детерминант противоправного поведения подростков.**

Ключевые слова: прогностическая функция, противоправное поведение, подростки.

Аннотация. Подростки, уже нарушившие закон, имеют психологические травмы и искривления в личностном развитии, а противоправное поведение является их следствием. Ведь именно неприятие их социумом, равнодушие к базовым потребностям в крайне важный для

розвитку особистості період і привели до вибору ними антисоціальної спрямованості і поведінки. Як правило, це діти, які в своїй житті стикалися з насиллям, загрозою життя, нестерпимим душевним болем, діти, які потребують соціальної реабілітації.

Підлітки з девіантним поведінням часто мають спотворені уявлення про власну життєву перспективу, вони демонструють байдужість до майбутнього, вони не думають про нього, і не представляють його. Існує необхідність вивчення прогнозування на рівні особистості. Результати такого дослідження дадуть можливість підвищити ефективність психокорекційного впливу на соціально дезадаптованих підлітків.

Ryabov T. A., senior researcher at the laboratory of psychology of maladapted minors of The G. S. Kostyuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine; Kyiv, Ukraine. **Underdevelopment of the Prognostic Function in the System of Determinants of Illegal Behavior of Adolescents.**

Key words: prognostic function, illegal behavior, adolescents.

Abstract. Adolescents who have already broken the law have psychological traumas and distortions in personal development, and illegal behavior is a consequence of them. After all, it is their rejection by society, indifference to basic needs in an extremely important period for the development of personality and led to their choice of antisocial orientation and behavior. As a rule, these are children who have faced violence, life-threatening, unbearable mental pain in their lives, children who need social rehabilitation.

Adolescents with deviant behavior often have distorted ideas about their own life prospects, they show indifference to the future, they do not think about it, and do not imagine it. There is a need to study forecasting at the individual level. The results of such a study will increase the effectiveness of psycho-correctional effects on socially maladapted adolescents.

Людина опиняється на порозі нового, самостійного життя, відчуває незвичний тягар відповідальності за кожний свій крок, хоче зрозуміти своє призначення, відчути: куди саме слід рухатися, що робити. Часто це стає причиною того, що молоді люди сприймають своє майбутнє в негативному світлі. Уявлення про час у юнацькому віці є доволі неоднорідними. Почуття незворотності часу часто межує з небажанням помічати його плінність, суб'єктивне відчуття віку може змінюватися, індивідуально-психологічні проблеми переплітаються з морально-філософськими. Причиною відхилень у розвитку прогностичної функції в цьому віці полягає ще й в тому, що саме в юнацтві фіксуються найнижча задоволеність смыслом життя, найгостріша невпевненість у собі, яка переживається як тяжкий стан загальної невизначеності.

Підлітки, які вже порушили закон, мають психологічні травми та викривлення в особистісному розвитку, а протиправна поведінка є їх наслідком. Адже саме неприйняття їх соціумом, байдужість до базових потреб у вкрай важливий для розвитку особистості період і призвели до вибору ними антисоціальної спрямованості та поведінки. Як правило, це діти, які в своєму житті стикалися з насильством, загрозою життю, нестерпним душевним болем,- діти, які потребують соціальної реабілітації.

На сьогодні нам відомо, що роботу з такими підлітками ускладнюють неврологічні порушення, що виникають в результаті психотравм та призводять до недорозвинення певних функцій когнітивної, емоційної та поведінкової сфер. У неповнолітніх, схильних до протиправної поведінки, часто спостерігається недорозвинення окремих мозкових структур та їх ушкоджений розвиток (ММД, СДУГ, порушення взаємодії між півкулями головного мозку і т.п.), який спричиняє порушення певних функцій сприймання, уваги, пам'яті, мислення [К. Л. Мілютіна]. Попередні дослідження констатують, що у людей, яким важко адаптуватися до вимог соціуму, спостерігаються когнітивні спотворення [Б. М. Ткач], залишаються несформованими критичне та стратегічне мислення [К. Л. Мілютіна]; спостерігається розмита ідентичність [А. М. Грись, Т. А. Рябовол], слабкий рівень довільності та саморегуляції [О. В. Максим], рефлексії та емпатії [Т. А. Рябовол], переважає зовнішній локус контролю [Д. В. Скрипник], мотивація до отримання задоволень без зусиль та асоціальна спрямованість [Л. А. Філоненко]. Усі вказані нами ознаки, так чи інакше, поєднані з недорозвиненням прогностичної функції та призводять до певного комплексу дезорієнтації підлітка у власному житті та в житті соціуму.

Людина з недорозвиненою функцією прогнозу дезорієнтована в часі та просторі, адже вона не уявляє результату своєї діяльності, не бачить, до яких наслідків призведе та чи інша дія її або іншої людини, яку вона викличе реакцію, якщо мова йде про взаємодію. Такою людиною легко маніпулювати, досить часто вона вчиняє правопорушення під впливом емоцій, діючи імпульсивно та необдуманно. Така людина ніби живе тільки «тут і тепер», це надає їй достатньо енергії, однак проблема полягає в тому, що вона не знає, куди спрямовувати всю цю енергію [3]. Вона не здатна до планування, стратегічного мислення і практично не керує своїм життям. За умови психотичної структури особистості, тобто недорозвинення моральних норм та цінностей [Н. Ю. Максимова], вона керується лише власним тимчасовим задоволенням, вигодою, не зважає на потреби інших, нехтує правилами соціуму. Якщо ж структура особистості невротична, шкоди від неї суспільству менше. Однак вона також може скоювати правопорушення або ж підтримувати інших у їх злочинній діяльності, реалізуючи свою потребу в прийнятті [А. Гольдштейн, Т. А. Рябовол].

Окрім нейрологічних порушень та психічних ушкоджень, до недорозвитку функції прогнозу призводять: тривала фрустрація базових психологічних потреб дитини, нехтування ними, життя в замкненому

просторі (інтернатні заклади, дитячі будинки, дизфункційні сім'ї), де потреби виживання дитини задовольняють дорослі, в той час як дитина ізольована від діяльності, яка мала би навчити її піклуватися про себе та інших.

В дизфункційних сім'ях, проблема розвитку прогнозу, цілепокладання та осмисленості життя – сімейна проблема. За умови ж педагогічної занедбаності, в сім'ях алкоголіків або психічнохворих батьків, розумовим розвитком дитини не займається ніхто. Недорозвинення цієї функції у батьків призводить до того, що дітям немає чого наслідувати в поведінці дорослих, та й самі дорослі не усвідомлюють, що цю здатність варто розвивати в дітей, не знають, для чого і як це робити. Недорозвиненою функція прогнозу виявляється і в тих дітей, які виховуються в, на перший погляд, благополучних сім'ях, виховання в яких відбувається з викривленнями, зокрема, в бік непослідовності вимог, а відтак, покарань та нагород або гіперпротекції. На розвиток функції прогнозу впливають також сімейні традиції та сценарії, що традиційно повторюються з покоління в покоління, вбудовуються в генетичну пам'ять, формують ментальність. Попередні покоління жили в умовах воєн, тоталітаризму, де тривале планування не мало сенсу, наступні – в умовах, коли все за них вирішувала держава, коли для виживання корисною ставала завчена безпорадність. Сучасне покоління живе в нових реаліях, в часи таких стрімких суспільних змін, що набутий раніше життєвий досвід стає непотрібним баластом для молодших [3].

Підлітки взагалі схильні знецінювати досвід попередніх поколінь, що ж стосується соціальнодезадаптованих, вони через порушення у стосунках зі значимими дорослими ще більше нехтують їхніми досягненнями, порадами та повчаннями та відкидають позитивний досвід, набутий старшими. В цьому віці вони демонструють своє прагнення до самостійності та страх і неготовність жити дорослим життям, що часто проявляється в конфліктах із іншими людьми, неадекватних поведінкових реакціях, імпульсивності вчинків, агресивних проявах і т.п. Підлітка характеризує не слабкість волі, а слабкість цілей. Аналізуючи кризу підліткового віку, Л. Божович наголошує на її неоднорідності з точки зору формування орієнтацій на майбутнє: підліток ставиться до завтрашнього дня з позиції сьогодення, а юнак – до сьогодення з позиції завтрашнього [1].

Підлітки з девіантною поведінкою часто мають спотворені уявлення про власну життєву перспективу, вони демонструють байдужість до майбутнього, вони й не думають про нього, і не уявляють його. Такі підлітки живуть теперішнім, бажаючи отримати з нього максимум розваг та насолоди. Вони не мріють про професію, не будують планів на майбутнє. Водночас, відсутність розвиненої часової перспективи в підлітковому віці є причиною безнадійності та самотності. Результати досліджень, спрямовані на вивчення причин самогубств підлітків, є тут доволі показовими [2]. Виявилось, що однією з них є невміння зрозуміти відносність часу: багато підлітків переживають «зараз» як «завжди», і якщо їм тепер із якихось причин погано, то вони думають, що погано їм буде завжди, довіку. Іноді єдиним виходом із

такої ситуації вони вважають самогубство. А психологи-консультанти, які працюють із наркозалежними, стверджують, що спільною їхньою особливістю також є відсутність мети як часового орієнтиру в житті.

Аналіз викладок наукових праць показав, що існує необхідність вивчення прогнозування на рівні особистості. Результати такого дослідження дадуть можливість підвищити ефективність психокорекційного впливу на соціальнодезадаптованих підлітків, якщо буде більш досконало вивчений зв'язок здатності до прогнозу з іншими здатностями та властивостями особистості.

Список використаних джерел

1. Максимова Н. Ю. Методи роботи з девіантами в умовах сучасного соціокультурного середовища: методичні рекомендації / Максимова Н. Ю., Грись А. М., [та ін.]; [ред. Н. Ю. Максимова]. – К.: Педагогічна думка, 2015. – 91 с.
2. Регуш Л. О. Психологія прогнозування: успіхи в пізнанні майбутнього / Л. О. Регуш. – СПб.: Мова, 2003. – 352 с.
3. Рябовол Т. А. Вплив психологічної травми на розвиток функції прогнозу / Т. А. Рябовол // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2017. – Т. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 15. – С.450 – 458.

РЯХОВСЬКА Тетяна Леонідівна

аспірантка Київського інституту сучасної
психології та психотерапії
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0002-7280-5129

МІСЦЕ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ВАГІТНИХ

Ряховська Т. Л., Аспірантка Київського інституту сучасної психології та психотерапії, м. Київ, Україна. **Місце когнітивно-поведінкової терапії в комплексному лікуванні тривожних станів у хворих на шизофренію.**

Ключові слова: когнітивно-поведінкова терапія, тривога, тривожні стани, шизофренія, вагітність

Анотація. Це дослідження мало на меті вивчити особливості прояву тривожних станів у хворих на шизофренію вагітних та обґрунтувати доцільність розвитку психотерапевтичної підтримки для таких жінок. Відповідні рецензовані статті були визначені шляхом проведення літературних пошуків за термінами «когнітивно-поведінкова терапія», «тривога», «шизофренія», «вагітність» в електронних базах даних MEDLINE, PsycINFO, ScienceDirect. Результати дослідження свідчать про те, що тривожні стани є загальною проблемою вагітних жінок з порушеннями спектру шизофренії і пов'язані з несприятливими наслідками для майбутньої матері та її немовля. Короткострокова цілеспрямована психотерапія може бути корисною для вагітних жінок із шизофренією та може попередити або зменшити ризики погіршення психіатричних симптомів та функціонування їх повсякденного життя.

Ряховская Т. Л., аспирантка Киевского института современной психологии и психотерапии, Г. Киев, Украина. **Место когнитивно-поведенческой терапии в комплексном лечении тревожных состояний у больных шизофренией.**

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая терапия, тревога, тревожные состояния, шизофрения, беременность

Аннотация. Это исследование имело целью изучить особенности проявления тревожных состояний у больных шизофренией беременных и обосновать целесообразность развития психотерапевтической поддержки для таких женщин. Соответствующие рецензированные статьи были определены путем проведения литературных поисков по срокам «когнитивно-

поведенческая терапия», «тревога», «шизофрения», «беременность» в электронных базах данных MEDLINE, PsycINFO, ScienceDirect. Результаты исследования свидетельствуют о том, что тревожные состояния является общей проблемой беременных женщин с нарушениями спектра шизофрении и связаны с неблагоприятными последствиями для будущей матери и ее младенца. Краткосрочная целенаправленная психотерапия может быть полезной для беременных женщин с шизофренией и может предупредить или уменьшить риски ухудшения психиатрических симптомов и функционирования их повседневной жизни.

Ryakhovska T. L., postgraduate student of Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy, Kyiv, Ukraine. **The Place of Cognitive-Behavioral Therapy in the Complex Treatment of Anxiety in Patients with Schizophrenia.**

Key words: cognitive-behavioral therapy, anxiety, schizophrenia, pregnancy.

Abstract. The purpose of this research study was to investigate the specific signs of anxiety disorders in pregnant women with schizophrenia and substantiate expediency of psychotherapeutic support provision to the specified women. Relevant peer-reviewed papers were determined through literature search by the definitions: “cognitive behavioral therapy”, “anxiety”, “schizophrenia”, “pregnancy” in electronic databases MEDLINE, PsycINFO, ScienceDirect. Research study findings suggest that anxiety is a common problem for pregnant women with schizophrenia spectrum disorders and may have adverse consequences both for expectant mother and her baby. Short-term targeted psychotherapy may be helpful for pregnant women with schizophrenia and may prevent or reduce the risks of exacerbation of psychiatric symptoms and deterioration in quality of everyday life.

Турбота про здоров'я жінки і дитини є одним із пріоритетних завдань сучасної медицини. Вагітність може бути важким періодом, під час якого набувають змін спосіб життя та психосоціальна сфера. В поєднанні з фізичними та гормональними змінами це може провокувати появу таких психічних порушень, як депресія, тривожні розлади, епізоди особистісних і психосоціальних кризових станів, загострення наявних психічних захворювань або рецидивів.

Результати останніх досліджень свідчать про те, що загальна проблема, пов'язана з психічним здоров'ям, яку жінки відчують під час перинатального періоду, це тривога, і незважаючи на те, що вона найчастіше є коморбідною з депресією, увага до неї дослідників, медичних працівників та психологів є обмеженою [1]. Антенатальна тривожність є фактором ризику для розвитку дитини [2], саме цей період закладає її фізичне та психічне здоров'я, визначає такі важливі характеристики особистості, як ставлення до себе й оточуючих, емоційний та інтелектуальний потенціал, певною мірою, риси особистості та характер людини [3].

Сучасні дослідження свідчать про збільшення показника вагітності серед жінок з порушеннями спектру шизофренії [4, 5]. Однак дослідження, що зосереджуються на їх репродуктивному здоров'ї, все ще обмежені скромними розмірами вибірки. Шизофренія - важке психічне захворювання, яке впливає на мислення людини, мову, емоції, соціальну поведінку та здатність точно сприймати реальність. З іншого боку, шизофренія - захворювання, яке істотно обмежує можливості людини здійснювати нормальну активність і істотно знижує якість життя. Шизофренія, як правило, є важким тягарем не тільки для пацієнтів, але і для їх сімей, системи охорони здоров'я і суспільства в цілому.

Підвищений рівень тривоги, соціально-економічні та міжособистісні проблеми, страх перед пологами, а також відсутність впевненості у своїх батьківських можливостях погіршують психічне здоров'я таких жінок. Підвищений ризик в післяпологовий період обумовлений загостренням симптомів, ризиком психозу та депресії, що може призвести до порушень взаємодії матері та немовля [6].

В цілому жінки з шизофренією рідше мають партнера [4], і їх вагітність частіше є незапланованою, ніж у здорових жінок [4]. Крім того, багато жінок із шизофренією не мають житла або живуть у скрутних умовах протягом життя [7].

Щодо стану здоров'я, що збільшує ризик виникнення проблем під час вагітності, жінки з шизофренією мають більший ризик ожиріння та метаболічного синдрому [8], ніж загальна популяція. Вагітні з шизофренією можуть частіше курити і вживати алкоголь та заборонені наркотики [9], ніж інші вагітні жінки.

Розуміння природи та досвіду сексуальності у жінок із шизофренією допомагає з'ясувати контекст, у якому настає вагітність. Шизофренія не зменшує сексуальне бажання або активність. Однак якість та реляційний контекст сексуальності можуть бути помітно різними. Такі жінки частіше стають жертвами насильства до і під час вагітності [6, 7] та демонструють девіантну сексуальну поведінку, що обумовлює високий ризик ВІЛ та інших статевих інфекцій [5].

Психотичне заперечення вагітності - симптом, який створює особливо високі ризики для поганих наслідків. У післяпологовому періоді жінки можуть бути особливо сприйнятливими до гострого загострення шизофренії.

Що стосується батьківства, багато жінок забезпечуватимуть періодичне виховання своїх дітей, тоді як інші втратять опіку над своїми дітьми. Ті матері з шизофренією, які виховують своїх дітей, можуть зіткнутися з унікальними проблемами у вихованні.

Всі ці фактори, безперечно, впливають на загальний стан жінки і провокують тривожні стани, що, в свою чергу, впливає на загострення основного захворювання. Незважаючи на це, багато порушень психоемоційного стану розглядаються в рамках умовної норми як звичайне явище під час вагітності (підвищена тривожність, стомлюваність,

дратівливість, порушення сну, апетиту). Саме тому короткострокова цілеспрямована психотерапевтична допомога є особливо актуальним напрямом, що має розвиватися і безперечно має бути впровадженим в якості додаткового супроводу хворих на шизофренію вагітних.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є найбільш дослідженим методом психотерапії, який застосовується в лікуванні найрізноманітніших психічних розладів і вирішенні ряду психологічних проблем [10]. КПТ вважається психологічною терапією вибору і є надійним методом лікування тривожних розладів серед емпірично доказових методів лікування. Когнітивно-поведінкова терапія може бути застосована в амбулаторних умовах, при госпіталізації, у вигляді індивідуальної, групової та сімейної терапії.

В зв'язку з тим, що тривожні реакції у хворих на шизофренію вагітних дуже поширені, а, згідно сучасним протоколам, КПТ є методом вибору при тривожних розладах, то можна припустити, що КПТ може ефективно використовуватися в роботі з хворими на шизофренію вагітними. Особливого значення це набуває у зв'язку з тим, що під час вагітності значно обмежені можливості застосування медикаментозної терапії.

КПТ може бути допомогою для жінок, які мають труднощі з прийняттям вагітності, спотворені або негативні почуття до своєї дитини; хвилювання з приводу батьківства; відчувають сум через втрату попередньої дитини, включаючи втрату опіки; або передчувають горе з приводу втрати опіки над дитиною, яку вони виховують [5]. Крім того психотерапія може бути корисною жінкам, у яких вагітність або пологи можуть активізувати травматичні спогади (наприклад, спогади про сексуальне насильство) або яким не вистачає соціальних навичок для розвитку та підтримки [5]. Навчання пацієнтів відіграє цінну роль у зменшенні ризиків ускладнень вагітності для жінок з шизофренією. Навчання про важливість дотримання медикаментозних препаратів та впливу наркотиків та алкоголю на плід - додаткові напрямки, на яких КПТ терапевт має зосередитись за для задоволення потреб пацієнтів.

Висновки. Вагітність - це час посиленого стресу для багатьох жінок, але для жінок з шизофренією вагітність може бути надзвичайно складним досвідом. Останні досягнення в галузі діагностики та терапії, включаючи психотерапевтичну реабілітацію, здатні покращити якість життя хворих на шизофренію. Запровадження психотерапевтичної реабілітації на всіх рівнях загальної системи надання медичної допомоги може значно впливати на підтримку психічного здоров'я хворих на шизофренію вагітних, розвиток психосоціальної сфери та збереження якості життя таких пацієнтів. Дуже важливим є надання підтримуючої освітньої допомоги на всіх етапах вагітності, оскільки це значною мірою визначає здатність вагітної вирішувати такі критичні питання, як насильство інтимного партнера, фінансові ресурси, належне харчування, безпечне житло, відмова від куріння, вживання наркотичних речовин та доступ до первинної медичної допомоги.

Оцінка потреб кожної пацієнтки та підтримка її можливостей вкрай необхідна для здатності піклуватися про дітей.

В Україні перинатальна психотерапія ще не набула розвитку. На базі вже розроблених та випробуваних протоколів когнітивно-поведінкової терапії може бути створена програма професійної допомоги жінкам, хворим на шизофренію, які готуються до материнства, а також сім'ям із маленькими дітьми.

Список використаних джерел

1. Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 210, Issue 5, pp. 315–323. Retrieved from: <http://doi:10.1192/bjp.bp.116.187179>
2. Betts, K. S., Williams, G. M., Najman, J. M., & Alati, R. (2013). Maternal depressive, anxious, and stress symptoms during pregnancy predict internalizing problems in adolescence. *Depression and Anxiety*, Vol. 31, Issue 1, pp. 9–18. Retrieved from: <http://doi:10.1002/da.22210>
3. Романів О.П. Перинатальний період як особливий етап становлення особливостей психічного здоров'я особистості / Романів О.П., Надь Б.Я. // Здоров'я нації, 2017.- № 3 (44).
4. Matevosyan, N. R. (2010). Pregnancy and postpartum specifics in women with schizophrenia: a meta-study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 283, Issue 2, pp. 141–147. <http://doi:10.1007/s00404-010-1706-8>
5. Solari H., Dickson K.E., Miller L. (2009). Understanding and treating women with schizophrenia during pregnancy and postpartum. *Can J Clin Pharmacol* Vol. 16, Issue 1., pp. 23–32.
6. Miller, L. (2007). Treating schizophrenia during pregnancy. *Clinical Psychiatry News*, Vol. 35, Issue 5, p. 55.
7. Varcarolis, E., Carson, V., & Shoemaker, N. (2006). Schizophrenia. In E. Varcarolis & N. Shoemaker (Eds.), *Foundations of psychiatric mental health nursing*. pp. 384–421.
8. Dipasquale, S., Pariante, C. M., Dazzan, P., Aguglia, E., McGuire, P., & Mondelli, V. (2013). The dietary pattern of patients with schizophrenia: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, Vol. 47, Issue 2, pp. 197–207. <http://doi:10.1016/j.jpsychires.2012.10.005>
9. Judd F., Komiti A., Sheehan P., Newman L., Castle D., Everall I. (2014). Adverse obstetric and neonatal outcomes in women with severe mental illness: to what extent can they be prevented? *Schizophrenia Res* Vol. 157, Issue 1–3, pp. 305–309.
10. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 36, Issue. 5, pp. 427–440. <http://doi:10.1007/s10608-012-9476-1>

СТЕПАНЕНКО Владислав Ігорович

студент I курсу спеціальності 225 «Медична психологія»

ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія

управління персоналом»

Науковий керівник: **КОЛЯДЕНКО Ніна Володимирівна**

доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри загальномедичних

дисциплін і психосоматики ПрАТ «ВНЗ «МАУП»

м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0002-4166-6744

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МОРАЛЬНОГО
НАСИЛЬСТВА В СІМ'Ї**

Степаненко В. І., студент I курсу спеціальності 225 «Медична психологія» ПрАТ «ВНЗ «МАУП», м. Київ, Україна. **Медико-психологічні аспекти морального насильства в сім'ї.**

Ключові слова: сім'я, моральне насильство, медична психологія.

Анотація. За даними статистики, в Україні понад 70% сімей, які страждають від різних варіантів домашнього насилля,- сексуального, фізичного, морального, фінансового, психологічного, що й обумовлює актуальність теми нашого дослідження, мета якого – на основі даних наукової літератури проаналізувати медико-психологічні аспекти морального насильства в сім'ї. Слід усвідомлювати, що проблема спілкування батьків і дітей – це сімейна проблема, а не проблема лише дитини. Якщо порозуміння знайти не вдається – не соромитися звернутися за професійною психологічною допомогою. Батьки мають всіляко підтримувати й заспокоювати дитину, яка в будь-якій ситуації має відчувати любов і підтримку, що є основою гармонійних сімейних стосунків.

Степаненко В. И., студент I курса специальности 225 «Медицинская психология» ЧАО «ВУЗ «МАУП», г. Киев, Украина. **Медико-психологические аспекты морального насилия в семье.**

Ключевые слова: семья, моральное насилие, медицинская психология.

Аннотация. По данным статистики, в Украине более 70% семей, страдающих от различных вариантов домашнего насилия, - сексуального, физического, нравственного, финансового, психологического, что и обуславливает актуальность темы нашего исследования, цель которого - на основе данных научной литературы проанализировать медико-психологические аспекты морального насилия в семье. Следует понимать, что проблема общения родителей и детей - это семейная проблема, а не

проблема только ребенка. Если понимание найти не удастся - не стесняться обратиться за профессиональной психологической помощью. Родители должны всячески поддерживать и успокаивать ребенка, он в любой ситуации должен чувствовать любовь и поддержку, что является основой гармоничных семейных отношений.

Stepanenko V. I., a first-year student majoring in 225 "Medical Psychology", The Private Joint-Stock Company "Higher Educational Institution "Interregional Academy of Personnel Management", Kyiv, Ukraine. **Medico-Psychological Aspects of Moral Violence in the Family.**

Keywords: family, moral violence, medical psychology.

Abstract. According to statistics, in Ukraine more than 70% of families suffering from various forms of domestic violence - sexual, physical, moral, financial, psychological, which determines the relevance of the topic of our study, the purpose of which - based on scientific literature to analyze medical and psychological aspects of moral violence in the family. It should be realized that the problem of communication between parents and children is a family problem, not just a problem of the child. If you can not find an understanding - do not hesitate to seek professional psychological help. Parents should support and reassure the child in every possible way, who in any situation should feel love and support, which is the basis of harmonious family relationships.

Сьогодні ми дуже часто чуємо про те, що насильства в сім'ї не повинно бути. Але ж все-таки воно є, і від нього страждає багато людей. Так, за даними статистики, в Україні понад 70% сімей, які страждають від різних варіантів домашнього насилля,- сексуального, фізичного, морального, фінансового, психологічного, що й обумовлює актуальність теми нашого дослідження, мета якого – на основі даних наукової літератури проаналізувати медико-психологічні аспекти морального насильства в сім'ї.

Доволі тривалий час в Україні ставлення до домашнього насильства залишалось суто «домашнім», а суспільство, переважно, «закривало очі», мовляв, «не варто пхати носа в чужу сім'ю». Та й самі жертви такими себе не вважали, думали, все обійдеться, це нормально. Тобто, людина може навіть і не здогадуватися, що вона є жертвою домашнього насилля або ж його ініціатором. Втім, виявити прояви морально-психологічного насильства в сім'ї доволі нескладно. Зокрема, наступні типові фрази, які батьки нерідко висловлюють на адресу своєї дитини: «Ти неорганізований(а), на тебе не можна покластися, тобі нічого не можна доручити, ти ні на що не здатний(а)»; «Я тебе вб'ю, якщо отримаєш погану оцінку», «Тебе буде покарано, якщо ти з цим не впораєшся» – насправді є типовими прикладами психологічного та морального насильства. Такими фразами батьки відштовхують від себе своїх дітей, залишають їх наодинці з їхніми проблемами. З цього усього починається дитяча недовіра та замкненість.

Батькам не слід «тиснути» на дитину, треба намагатися налагодити контакт, ефективне спілкування, бути більш терплячими та лояльними, не принижувати дитину, намагатися її зрозуміти. Якщо порозуміння знайти не вдається – не соромитися звернутися за професійною психологічною допомогою. Слід усвідомлювати, що проблема спілкування батьків і дітей – це сімейна проблема, а не проблема лише дитини. Батьки мають всіляко підтримувати й заспокоювати дитину, яка в будь-якій ситуації має відчувати любов і підтримку, що є основою гармонійних сімейних стосунків.

ТЕРЕШКЕВИЧ Галина Тарасівна (с. Діогена),
кандидат наук із державного управління, доцент,
доцент кафедри філософії та економіки
Львівського національного медичного
університету імені Данила Галицького
м. Львів, Україна

ORCID ID 0000-0003-4427-7872

НАПРОТЕХНОЛОГІЇ – БЕЗАЛЬТЕРНАТИВНИЙ СПОСІБ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ НЕПЛІДНОСТІ З ПОЗИЦІЇ ПЕРСОНАЛІСТИЧНОЇ БІОЕТИКИ

Терешкевич Г. Т. (сестра Діогена), кандидат наук із державного управління, доцент, доцент кафедри філософії та економіки Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, Львів, Україна. **НаПроТехнології – безальтернативний спосіб вирішення проблеми неплідності з позицій персоналістичної біоетики.**

Ключові слова: репродукція, неплідність, репродуктивні технології, НаПроТехнології, персоналізм, біоетика.

Анотація. Контрмірою допоміжних репродуктивних технологій є НаПроТехнології (Natural Procreation Technologies), що базуються на встановленні причин безпліддя та корекції розладів природних процесів, які спричинюють неплідність в організмі чоловіка та жінки, і спрямовані на зачаття і виношування дитини, що передбачає сучасне медикаментозне та хірургічне лікування. НаПроТехнології — це етичний спосіб подолання проблеми неплідності. Ці методи ефективніші та менш собівартісні в порівнянні з допоміжними репродуктивними технологіями, і вони мають набрати належного інформаційного забезпечення в Україні.

Терешкевич Г. Т. (сестра Диогена), кандидат наук в сфере государственного управления, доцент, доцент кафедры философии и экономики Львовского национального медицинского университета имени Даниила Галицкого, Украина. **НаПроТехнологии - безальтернативный способ решения проблемы бесплодия с позиций персоналистической биоэтики.**

Ключевые слова: репродукция, бесплодие, репродуктивные технологии, НаПроТехнологии, персонализм, биоэтика.

Аннотация. Контрмерами вспомогательных репродуктивных технологий является НаПроТехнологии (Natural Procreation Technologies),

основанные на установлении причин бесплодия и коррекции расстройств природных процессов, которые вызывают бесплодие в организме мужчины и женщины, и направлены на зачатие и вынашивание ребенка, что предусматривает современное медикаментозное и хирургическое лечение. НаПроТехнологии - это этический способ преодоления проблемы бесплодия. Эти методы эффективны и менее затратны по сравнению со вспомогательными репродуктивными технологиями, и они должны получить надлежащее информационное обеспечение в Украине.

Tereshkevych G. T. (sister Diogena), PhD of Sciences in Public Administration, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Philosophy and Economics, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine.
NaProTechnologies is an Unalterable Way to Solve the Problem of Infertility from the Standpoint of Personalistic Bioethics.

Key words: reproduction, infertility, reproductive technologies, NaProTechnologies, personalism, bioethics.

Abstract. A countermeasure to assisted reproductive technologies is Natural Procreation Technologies, which are based on identifying the causes of infertility and correcting disorders of natural processes that cause infertility in men and women, and aimed at conceiving and carrying a child, which provides modern medical and surgical. NaProTechnologies is an ethical way to overcome the problem of infertility. These methods are more efficient and less costly compared to assisted reproductive technologies, and they should provide adequate information support in Ukraine.

Контрмірою допоміжних репродуктивних технологій є НаПроТехнології (Natural Procreation Technologies), що базуються на встановленні причин безпліддя та корекції розладів природних процесів, які спричиняють неплідність в організмі чоловіка та жінки, і спрямовані на зачаття і виношування дитини, що передбачає сучасне медикаментозне та хірургічне лікування. Окрім того, НаПроТехнології дають змогу подолати проблему звичних викиднів і передчасних пологів в тих випадках, коли при стандартному підході виявити такі порушення неможливо. З їх допомогою можлива рання діагностика та лікування різноманітних гінекологічних розладів: передменструального синдрому, рецидивуючих кіст яєчників, маткових кровотеч, а також післяпологових депресій. Вони дають змогу детально визначити дату зачаття дитини, що дуже важливо для планування обстежень під час вагітності і передбачення дати пологів. Цей новий напрям у репродуктивній технології був започаткований у 90-х роках ХХ ст. Томасом Гілджерсом (США), професором Крейгтонського університету, директором Інституту із вивчення репродукції людини імені Папи Павла VI, який один з небагатьох лікарів і вчених у світі розпочав у 1970-х роках наукове дослідження природного циклу жінки. В основі лікування жіночого безпліддя лежить модель Крейгтона — популярний у США метод

спостереження за циклом жіночої плідності, що дозволяє об'єктивно оцінити гормональні зміни протягом циклу. Клініки НаПроТехнологій також функціонують в Ірландії, Англії, Франції, Німеччині, Словаччині, Польщі.

Незважаючи на новизну НаПроТехнологій, їх застосування є досить ефективним і безпечним. “JournaloftheAmericanBoardofFamilyMedicine” (“Журнал Американського Управління Сімейною Медициною”) в жовтні 2008 року опублікував результати досліджень, здійснених у 2008 р. вченими Міжнародного Інституту відновлювальної репродуктивної медицини (м. Лондон). Дослідження показали, що із 1100 подружніх пар, які зіткнулися із проблемою безпліддя, 52,8% змогли народити живу дитину за допомогою НаПроТехнологій. При цьому третина учасників дослідження раніше безуспішно зверталися до штучного запліднення. Серед респондентів, які раніше не зверталися до запліднення “в пробірці”, показник народжуваності був вищим і становив 61,5%. У переважній більшості вагітність була одноплідною, на відміну від тих, котрі були отримані за допомогою запліднення “в пробірці”, де частота багатоплідних вагітностей становила близько 20%. Зазвичай останню “проблему” вирішують, вдаючись до селективного абортів, що з етичної точки зору є неприпустимо. Іншою складністю, котра притаманна для новітніх репродуктивних технологій, є часті викидні. Їх кількість становить близько 40%. Тоді, як при застосуванні НаПроТехнологій ризик передчасних пологів, народження дитини з дуже низькою масою тіла та серйозними ускладненнями вагітності є мінімальним. Також, варто зазначити, що НаПроТехнології є ефективними для жінок зрілого дітородного віку (після 40 років), тоді як шанси завагітніти за допомогою штучного запліднення після досягнення жінкою 35 літнього віку суттєво понижуються.

Висновки. НаПроТехнології — це етичний спосіб подолання проблеми неплідності. Ці методи ефективніші та менш собівартісні в порівнянні з допоміжними репродуктивними технологіями, і вони мають набрати належного інформаційного забезпечення в Україні.

ФЕДІН Юрій Сергійович

аспірант кафедри загальної, дитячої,
судової психіатрії та наркології
НМАПО імені П. Л. Шупіка
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0001-5367-6723

**СТРАТЕГІЇ ДОПОМОГИ СІМ'ЯМ, У ЯКИХ ПРИСУТНІ ВИПАДКИ
ШИЗОФРЕНІЇ З АУТОАГРЕСИВНИМИ ДІЯМИ**

Федін Ю. С., аспірант кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії та наркології НМАПО імені П. Л. Шупіка; м. Київ, Україна. **Стратегії допомоги сім'ям, у яких присутні випадки шизофренії з аутоагресивними діями.**

Ключові слова: шизофренія, сім'я, аутоагресивні дії, стратегії допомоги.

Анотація. Незважаючи на активні заходи щодо попередження аутоагресивної поведінки, за даними ВООЗ, кожні 40 секунд на планеті Земля людина скоює самогубство. Зокрема, для хворих на шизофренію, за даними Г. Каплан, Б. Седок, близько 50% хворих за 20-річний період хвороби скоїли суїцидальні спроби, причому 10% з них виявилися завершеними. Водночас, особливості несуйцидальної аутоагресії у хворих на шизофренію залишаються недостатньо вивченими та потребують подальших досліджень.

Ми плануємо розробити принципи ведення, терапії та реабілітації хворих, які страждають на шизофренію, з різноманітними аутоагресивними проявами у поведінці, а також відповідні рекомендації для членів їхніх сімей.

Федин Ю.С., аспирант кафедры общей, детской, судебной психиатрии и наркологии НМАПО имени П. Л. Шупика; г. Киев, Украина. **Стратегии помощи семьям, в которых присутствуют случаи шизофрении с аутоагрессивными действиями.**

Ключевые слова: шизофрения, семья, аутоагрессивными действия, стратегии помощи.

Аннотация. Несмотря на активные меры по предупреждению аутоагрессивного поведения, по данным ВОЗ, каждые 40 секунд на планете Земля человек совершает самоубийство. В частности, для больных шизофренией, по данным Г. Каплан, Б. Седок, около 50% больных за 20-летний период болезни совершили суицидальные попытки, причем 10% из них оказались завершенными. В то же время, особенности несуйцидальной аутоагрессии у больных шизофренией остаются недостаточно изученными и требуют дальнейших исследований.

Мы планируем разработать принципы ведения, терапии и реабилитации больных, страдающих шизофренией, с различными аутоагрессивными проявлениями в поведении, а также соответствующие рекомендации для членов их семей.

Fedin Yu. S., graduate student of the Department of General, Child, Forensic Psychiatry and Narcology of NMAPE named after PL Shupik; Kyiv, Ukraine. **Strategies to Help Families with Cases of Schizophrenia with Autoaggressive Actions.**

Key words: schizophrenia, family, autoaggressive actions, strategies of help.

Abstract. Despite active measures to prevent autoaggressive behavior, according to the WHO, every 40 seconds on planet Earth a person commits suicide. In particular, for patients with schizophrenia, according to G. Kaplan, B. Sedok, about 50% of patients during the 20-year period of the disease committed suicide attempts, and 10% of them were completed. At the same time, the features of non-suicidal autoaggression in patients with schizophrenia remain insufficiently studied and require further research.

We plan to develop guidelines for the management, treatment and rehabilitation of patients with schizophrenia, with a variety of autoaggressive behaviors, as well as appropriate recommendations for their family members.

Актуальність. На теперішній час, шизофренія залишається достатньо поширеною медичною проблемою. Так за даними ВООЗ, а також інших дослідників, у світі на цей недуг страждають більше ніж 21 мільйони людей [1], в Україні майже 695 тисяч хворих на шизофренію, для м. Києва ця цифра становить приблизно 26-28 тисяч осіб. Тому проблема шизофренії залишається актуальною та однією з найбільш досліджуваних нозологічних форм.

Незважаючи на активні заходи щодо попередження аутоагресивної поведінки, за даними ВООЗ, кожні 40 секунд на планеті Земля людина скоює самогубство. Зокрема, для хворих на шизофренію, за даними Г. Каплан, Б. Седок, близько 50% хворих за 20-річний період хвороби скоїли суїцидальні спроби, причому 10% з них виявилися завершеними [2]. Водночас, особливості несуїцидальної аутоагресії у хворих на шизофренію залишаються недостатньо вивченими та потребують подальших досліджень. За даними Головного управління статистики в м. Києві, коефіцієнт смертності від навмисного самоушкодження у 2017 р. зріс на 43,2% в порівнянні з 2013 р. (відповідно 6,3 проти 4,4 на 100 тис. населення). За даними Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Києва, за 2017 р. загальна кількість виїздів бригад екстреної медичної допомоги на суїцидальні випадки складає 1278.

Існує кілька моделей суїцидальної поведінки, які можуть бути застосовані в пацієнтів із шизофренією [3,4]. Водночас, аутоагресія, як така, залишається маловивченим феноменом у даній категорії пацієнтів.

Відповідно, методи профілактики вимагають удосконалення, в тому числі стратегії допомоги сім'ям, у яких присутні випадки шизофренії з різноманітними проявами аутоагресії.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний.

Очікувані результати, їх наукова новизна. Детально вивчатимуться основні клініко-психопатологічні та клініко-феноменологічні прояви аутоагресивної поведінки у хворих на шизофренію.

В ході досліджень дістане подальшого розвитку визначення зв'язку аутоагресивної поведінки з особливостями психопатологічної картини шизофренії.

Згідно з результатами проведеного дослідження, планується розробити принципи ведення, терапії та реабілітації хворих, які страждають на шизофренію, з різноманітними аутоагресивними проявами у поведінці, а також відповідні рекомендації для членів їх сімей.

Список використаних джерел

1. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J (2005) A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. PLoS Med 2(5): e141.
2. Kaplan & Sadock's Synopsis Of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry; 11th ed. Wolters Kluwer. 2015: 193.
3. Soldatkin VA, Perekhov A, Bobcov AS. To the question of mechanisms of autoaggressiveactions in patients with schizophrenia and their relationship with the mechanisms ofaggressive behaviour. Suicidology. 2012; 2:3-15.
4. Epanchintseva GA, Erzin AI. Autoaggression and proactive personality resources in patients with paranoid schizophrenia. Theoretical and Experimental Psychology. 2013; 3: 1-5.

ФЕСЕНЮК Наталія Петрівна,
доктор філософії в галузі психології,
психолог-арттерапевт
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0002-0461-6414

ЗАСТОСУВАННЯ АВТОРСЬКИХ МЕТОДІВ АРТТЕРАПІЇ В ПРЕНАТАЛЬНІЙ ПСИХОТЕРАПІЇ

Фесенюк Н. П., доктор філософії в галузі психології, психолог-арттерапевт; м. Київ, Україна. **Застосування авторських методів арттерапії в пренатальній психотерапії.**

Ключові слова: арттерапія, вагітні, пренатальна психотерапія, пісочна анімація, мистецтво витинанки, доабортне консультування, підготовка до пологів.

Анотація. Метою запропонованої комплексної арттерапевтичної методики є покращення психоемоційного стану жінок у період вагітності, їх психологічна підготовка до пологів та психопрофілактика, спрямована на запобігання абортів. Одним із методів, що застосовується з терапевтичною метою, є пісочна анімація. Крім того, нами було розроблено спосіб арттерапевтичного впливу на вагітних жінок, заснований на використанні елементів декоративного мистецтва витинанки. Арттерапія допомагає майбутній матері більш позитивно ставитися до себе та до немовляти, відчувати зв'язок із дитиною, яка розвивається, усвідомлювати своє материнство, впливає на рішення матері зберегти вагітність.

Фесенюк Н. П., доктор философии в области психологии, психолог-арттерапевт; г. Киев, Украина. **Применение авторских методов арттерапии в пренатальной психотерапии.**

Ключевые слова: арттерапия, беременные, пренатальная психотерапия, песочная анимация, искусство вытынанки, доабортное консультирование, подготовка к родам.

Аннотация. Целью предлагаемой комплексной арттерапевтической методики является улучшение психоэмоционального состояния женщин в период беременности, их психологическая подготовка к родам и психопрофилактика, направленная на предотвращение абортов. Одним из методов, который применяется в терапевтических целях, является песочная анимация. Кроме того, нами был разработан способ арттерапевтического воздействия на беременных женщин, основанный на использовании элементов народного декоративного искусства вытынанки. Арттерапия

помогает будущей матери более позитивно относиться к себе и к младенцу, чувствовать связь с ребенком, который развивается, осознавать свое материнство, влияет на решение матери сохранить беременность.

Fesenyuk N. P., PhD in Psychology, psychologist-art therapist; Kyiv, Ukraine.
Application of Author's Methods of Art Therapy in Prenatal Psychotherapy.

Key words: art therapy, pregnant women, prenatal psychotherapy, sand animation, art of vytynanka, pre-abortion counseling, preparation for childbirth.

Abstract. The purpose of the proposed comprehensive art therapy technique is to improve the psycho-emotional state of women during pregnancy, their psychological preparation for childbirth and psychoprophylaxis aimed at preventing abortions. One of the methods used for therapeutic purposes is sand animation. In addition, we have developed a method of art therapeutic effect on pregnant women, based on the use of elements of decorative art vytynanka. Art therapy helps the expectant mother to be more positive about herself and the baby, to feel connected with the developing child, to be aware of her motherhood, to influence the mother's decision to keep the pregnancy.

Метою запропонованої комплексної арттерапевтичної методики є покращення психоемоційного стану жінок у період вагітності, їх психологічна підготовка до пологів та психопрофілактика, спрямована на запобігання абортів.

Одним із методів, що застосовується з терапевтичною метою, є пісочна анімація. Пісочна анімація направлена на тактильні відчуття та розкриття ресурсних станів. Так як пологи є тілесним процесом, то така терапія має знаходити відгук в тілі, сприяючи відчуттям спокою, розслаблення та відпочинку.

Нами було розроблено спосіб арттерапевтичного впливу на вагітних жінок, заснований на використанні елементів декоративного мистецтва витинанки. Витинанка як мистецтво стоїть на межі одновимірної та двовимірної форми вираження. Тактильний зв'язок із художнім виробом у процесі створення надає відчуття оживлення свого твору.

Для арттерапії вагітних жінок нами були створені ескізи витинанок, які зображають дитину в утробі матері в стилізованому вигляді, в якому простір, що оточує немовля, зображений як рослинний орнамент. Дана методика надає можливість сприймати вагітність через мистецтво, що, в свою чергу, зменшує тривожність вагітної жінки та має ефект переключення.

Важливим психотерапевтичним аспектом є відчуття причетності до того, що створюєш. Відбувається певне входження в художній та народний образ у процесі арттерапевтичного створення художнього виробу. Ці чинники допомагають майбутній матері більш позитивно ставитися до себе та до немовляти, відчувати зв'язок із дитиною, яка розвивається, усвідомлювати своє материнство.

Подібна терапія може сприяти прийняттю рішення матері зберегти вагітність, що і є напрямком діяльності психологів у так званому

«доабортному консультуванні». Профілактика абортів спрямована на збереження життя дитини та психологічного здоров'я матері. Адже прийняте жінкою рішення на користь абортів спричиняє в подальшому розвиток «постабортного синдрому», що проявляється такими психологічними наслідками, як почуття провини внаслідок скоєного абортів, тривога, страх, депресія, що може залишити негативний відбиток на психіці жінки на все подальше життя.

ФІЛАТОВА Оксана Аркадіївна

доктор медичних наук, професор кафедри
медичної психології ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія
управління персоналом
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0001-8439-0779

ПСИХОПРОФІЛАКТИКА МИМОВІЛЬНИХ ВИКИДНІВ

Філатова О. А., доктор медичних наук, професор кафедри медичної психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; м. Київ, Україна. **Психопрофілактика мимовільних викиднів.**

Ключові слова: вагітність, мимовільні викидні, саморегуляція, психопрофілактика.

Анотація. Втрата плоду на ранніх термінах вагітності часто викликає той же спектр негативних переживань, що й смерть близької людини. Психологічно не перероблений мимовільний аборт, особливо при відсутності підтримки найближчого оточення, призводить до усвідомленого чи несвідомого конфлікту і почуття провини з багатьма супутніми функціональними і психосоматичними порушеннями. Психопрофілактика повторних викиднів включає в себе опрацювання травматичної ситуації, формування навичок саморегуляції та оптимістичного настрою в плані майбутньої благополучної вагітності.

Филатова О. А., доктор медицинских наук, профессор кафедры медицинской психологии ЧАО «ВУЗ «МАУП», г. Киев, Украина. **Психопрофилактика самопроизвольных выкидышей.**

Ключевые слова: беременность, самопроизвольные выкидыши, саморегуляция, психопрофилактика.

Аннотация. Потеря плода на ранних сроках беременности часто вызывает тот же спектр негативных переживаний, что и смерть близкого человека. Психологически не переработанный самопроизвольный аборт, особенно при отсутствии поддержки ближайшего окружения, приводит к осознанному или бессознательному конфликту и чувству вины со многими сопутствующими функциональными и психосоматическими нарушениями. Психопрофилактика повторных выкидышей включает в себя проработку травматической ситуации, формирование навыков саморегуляции и оптимистического настроения в плане будущей благополучной беременности.

Filatova O. A., PhD, MD, Professor of the Medical Psychology Department, The Private Joint-Stock Company “Higher Educational Institution “Interregional Academy of Personnel Management”; Kyiv, Ukraine. **Psychoprophylaxis of Miscarriages.**

Key words: pregnancy, spontaneous miscarriages, self-regulation, psychoprophylaxis.

Abstract. Loss of the fetus in early pregnancy often causes the same range of negative experiences as the death of a loved one. Psychologically not processed spontaneous abortion, especially in the absence of support from the immediate environment, leads to a conscious or unconscious conflict and guilt with many concomitant functional and psychosomatic disorders. Psychoprophylaxis of repeated miscarriages includes the study of the traumatic situation, the formation of self-regulation skills and an optimistic attitude in terms of future successful pregnancy.

Незважаючи на успіхи сучасної перинатальної медицини, число мимовільних викиднів в Україні збільшується з кожним роком. Це викликає величезне занепокоєння фахівців, тому що вказана патологія спостерігається у жінок, вкрай зацікавлених в вагітності. За 10 років кількість абортів цієї категорії збільшилася в три рази. Якщо показник мимовільних абортів у 2009 році становив 6,6%, то в 2019 році ця цифра зросла до 15,9% від усієї кількості абортів. Фактично, тут простежується вкрай негативна тенденція – нездатність виносити і народити здорову дитину жінками репродуктивного віку, які прагнуть до материнства. Також не додають оптимізму дані Департаменту Статистики ООН в області демографічної і соціальної статистики: у 2020 році чисельність населення України зменшиться на 152 881 особи і в кінці року складатиме 41 847 336 осіб. Природний приріст населення буде негативним і складе 189 001 чоловік. За весь рік народиться приблизно 453 182 дитини і помре 642 183 особи.

Незважаючи на розуміння того, що мимовільний викидень – це природна смерть ембріона або плода під час вагітності, викликана патологічними або травматичними факторами, не до кінця залишаються вивченими причини настання даного патологічного стану. Викидень часто відбувається на ранньому терміні вагітності і, за оцінками фахівців, трапляється в 15-25% випадків вдалого зачаття дитини.

Ризик викидня найбільш високий протягом перших 13 тижнів вагітності, при цьому жінка може навіть не підозрювати про те, що вона вагітна. Спочатку спостерігаються болі, що тягнуть, в нижній частині живота, до яких згодом приєднуються кров'яністі виділення. Завжди присутній загальний дискомфорт, може незначно підвищуватися температура тіла, з'явитися озноб, тривога, безсоння.

Факторами ризику є інтеркурентні захворювання: синдром полікістозних яєчників, гіпотиреоз, цукровий діабет, інфекційні та аутоімунні процеси. Хвороби, що передаються через плаценту до плоду, такі як краснуха

або хламідіоз, також можуть збільшити ризик викидня. Вік жінки також є істотним чинником ризику. У віці від 35 і більше років ризик викидня може становити 45%.

Період відновлення після самовільного викидня займає деякий час: через чотири тижні повертається нормальний менструальний цикл, повністю зникають симптоми порушеного самопочуття.

Незважаючи на те, що фізично організм відновлюється в досить короткі терміни, багато жінок відчувають емоційне потрясіння протягом тривалого часу. Дуже часто присутні відчуття печалі та провини, стани шоку і депресії; виникають множинні психосоматичні розлади: головний біль, булімія або відсутність апетиту, синдром подразненого кишківника, невластива раніше вегеталабільність. У деяких жінок спостерігаються інтенсивні прояви агресивності та ворожості по відношенню до медичного персоналу, почуття заздрості до матерів і вагітних жінок, докори й почуття провини. Психопрофілактика самовільного викидня повинна починатися не тоді, коли вже створилася загроза переривання вагітності, а значно раніше – з перших тижнів вагітності й навіть до її настання.

Якщо медичний психолог працює з жінкою, яка має в анамнезі мимовільні викидні, на самому початку необхідно з'ясувати, як вона пережила ці втрати (її емоційні прояви, можливість бути почутою, наявність підтримки, тенденція до аутоізоляції або, навпаки, – потреба в душевній близькості, ті когнітивні установки, які допомогли їй впоратися з болем або зробили його важкопереносимим).

Варто підкреслити, що відновлення після важкої втрати – одне з найважчих завдань. Жінці належить створити себе і своє майбутнє заново. Цей шлях дуже важкий, він вимагає наполегливості та віри. Потрібно дати можливість іншим людям, родичам і друзям, надати підтримку.

У відновленні почуття власної ресурсності і особистісної автономії жінки, яка пережила мимовільний викидень, можуть допомогти наступні твердження: «Моє горе закінчиться». «Я буду відчувати себе добре, бадьоро». «Я все роблю, як треба». «Я подолаю втрату, як це зробили інші».

Під час роботи з психологом важливо згадати, який стан здоров'я був у жінки перед тим, як трапився викидень, чи були присутні гострі або хронічні психотравми, стреси на роботі, інші шкідливі впливи. Необхідно проаналізувати дані ситуації з метою їх недопущення в майбутньому. В цілому, психотерапевтична робота цілком спрямована в майбутнє, вона проводиться на оптимістичній ноті, має глибоку емпатичну основу, досить тривала.

Якщо є можливість знову зустрітися з лікарем, який усував наслідки викидня (вишкрібання, дослідження ембріонального матеріалу, гормонального фону), варто поговорити з ним про те, що саме послужило причиною втрати плоду. Це необхідно для медичної профілактики подальших ускладнень при вагітності.

Перед візитом до лікаря психологу слід допомогти жінці психологічно підготуватися: заспокоїтися (адже все позаду!), відчувати тільки позитивні емоції (тут, в цій лікарні, Вам допомогли усунути всі ускладнення невдалої вагітності, зробили все можливе). Питання, які Ви хочете задати лікарю, заздалегідь запишіть в блокнот і не соромтеся ним користуватися, особливо якщо у Вас немає медичної освіти. Відповіді лікаря також краще одразу записувати. Якщо під час бесіди з лікарем будуть незрозумілі якісь терміни або показники аналізів, не соромтеся перепитати або уточнити, оскільки мова йде про найважливіше для Вас. Пам'ятайте, що це – Ваше право: знати, що з Вами сталося, щоб запобігти повторенню нещастя.

Важливим кроком психологічного відновлення може стати регулярне ведення особистого щоденника, або «щоденника самопочуття». Кожен запис має включати такі відомості: дата, час; що важливе сьогодні відбулося; з ким Ви сьогодні зустрілися; які зміни Ви спостерігаєте в собі (психологічні та тілесні); Ваші плани на завтрашній день. Проаналізуйте, які духовні ресурси Вам треба знайти в собі, щоб жити більш наповнено, щоб відчувати абсолютне здоров'я? Що для Вас означає вираз «абсолютне здоров'я» – які його складові?

Необхідно оволодіти навичками розслаблення – це допоможе легше перенести наступну вагітність. Психолог протягом ряду занять спокійним голосом, з елементами сугестії малює пацієнтці картину нової, успішної вагітності. Ця майбутня вагітність – вона буде зовсім іншою. Буде радісне очікування, приємне хвилювання, тілесний комфорт. І не тільки все це буде відбуватися по-іншому, – найголовніше, Ви будете вже зовсім інша.

Метою такої тривалої терапії є не прагнення швидко «забути» втрату, «перескочити» через неї. Те, що пережила пацієнтка, змінило її й назавжди залишилося частиною її життя. Вона багато втратила, але й багато знайшла, стала сильнішою і мудрішою, навчилася краще розуміти себе та інших.

Майже всі жінки, які пережили викидень, згодом стають щасливими мамами здорових малюків – цей безперечний факт повинен лягти в основу переконання пацієнтки в успішному результаті наступної вагітності.

ФІЛОНЕНКО Людмила Анатоліївна

старший науковий співробітник лабораторії психології
соціально дезадаптованих неповнолітніх Інституту
психології імені Г.С. Костюка НАПН України
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0003-2289-0633

ПСИХОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ПЕРЕХОДУ НЕПОВНОЛІТНІХ НА АЛЬТЕРНАТИВНЕ ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ

Філоненко Л. А., старший науковий співробітник лабораторії психології соціально дезадаптованих неповнолітніх Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. **Психологічні передумови переходу неповнолітніх на альтернативне дистанційне навчання.**

Ключові слова: школа, неповнолітні, альтернативне навчання, дистанційне навчання, реформа освіти.

Анотація. Освітня реформа сучасної української школи відкриває для школярів багато різноманітних форм здобуття знань: від класичних до інноваційних. Проте, незадоволеність частини батьків класичною освітою та взаємостосунками їх дітей із однолітками та вчителями, призводить до того, що все більше дітей переходять в інші заклади на альтернативне навчання. Батьки, які піклуються про майбутнє своїх дітей, хочуть бачити їх освіченими, розвиненими, моральними, вихованими молодими людьми тощо. Знання завжди є цінністю, особливо для тих, хто хоче розвиватися, самовдосконалитися і самоздійснитися в житті.

Филоненко Л. А., старший научный сотрудник лаборатории психологии социально дезадаптированных несовершеннолетних Института психологии имени Г.С. Костюка АПН Украины. **Психологические предпосылки перехода несовершеннолетних на альтернативное дистанционное обучение.**

Ключевые слова: школа, несовершеннолетние, альтернативное обучение, дистанционное обучение, реформа образования.

Аннотация. Образовательная реформа современной украинской школы открывает для школьников много различных форм получения знаний: от классических до инновационных. Однако, недовольство части родителей классическим образованием и взаимоотношениями их детей со сверстниками и учителями приводит к тому, что все больше детей переходят в другие учебные заведения на альтернативное обучение. Родители, которые заботятся о будущем своих детей, хотят видеть их образованными, развитыми,

нравственными, воспитанными молодыми людьми и тому подобное. Знание всегда является ценностью, особенно для тех, кто хочет развиваться, усовершенствоваться и состояться в жизни.

Filonenko L. A., Senior Researcher, Laboratory of Psychology of Socially Disadapted Juveniles, G.S. Institute of Psychology Kostyuk APS of Ukraine.
Psychological Prerequisites for the Transition of Minors to Alternative Distance Learning.

Key words: school, minors, alternative education, distance learning, education reform.

Annotation. The educational reform of the modern Ukrainian school opens for students many different forms of knowledge: from classical to innovative. However, the dissatisfaction of some parents with classical education and the relationship of their children with peers and teachers leads to the fact that more and more children are moving to other educational institutions for alternative education. Parents who care about the future of their children want to see them educated, developed, moral, educated young people and the like. Knowledge is always a value, especially for those who want to develop, improve and take place in life.

Всі ми генії. Але якщо ви будете судити
про рибу по її здатності підніматися на дерево,
вона проживе все життя з вірою в свою дурість.
Альберт Ейнштейн

Актуальність дослідження. Сучасний освітній простір постійно розширює свої межі та можливості. Освітня реформа сучасної української школи відкриває для школярів багато різноманітних форм здобуття знань: від класичних до інноваційних. Проте, незадоволеність частини батьків класичною освітою та взаємостосунками їх дітей із однолітками та вчителями, призводить до того, що все більше дітей переходять в інші заклади на альтернативне навчання.

Мета дослідження. Визначити психологічні передумови переходу неповнолітніх на альтернативне дистанційне навчання

Результати теоретичного аналізу проблеми. В школу приходять різні діти, які не є якимось усередненим стандартом для перебування під контролем, допоки батьки на роботі. Серед них є й діти з різними вадами, захворюваннями, відхиленнями й патопсихологічними особливостями, які не підлягають перебуванню в спеціалізованих тощо. До них повинен бути інший підхід, в тому числі в темпі засвоєння навчального матеріалу і контролю. Не можна уподібнювати дитину ейнштейновій рибі. До слова, знаний науковець Ю. З. Гільбух та співробітники лабораторії, яку він очолював, свого часу розробляли задачі різного ступеню складності для класів вирівнювання, завдання з розвитку мислення тощо.

Сучасна шкільна освіта вихолостила зі свого учбового процесу триєдину мету: навчання, виховання, розвиток. Найбільше зосередились на навчанні, але навчають лише вгадувати, відтворювати, зазубрювати відповіді в учбовому матеріалі для здачі ЗНО, замість навчіння мислити, аналізувати, висловлювати свої думки, шукати нестандартні рішення в незвичних ситуаціях тощо.

Незадоволеність загальною шкільною освітою, що викликана відсутністю індивідуального підходу до особистості учня при навчанні в масовій школі, змушує багатьох батьків шукати інші, альтернативні способи надання освіти своїм дітям: перехід на навчання за індивідуальним графіком в межах загальноосвітньої школи, екстернат, домашня освіта тощо.

Стосунки з учителем чи вчителями дітей та їх батьків також можуть бути передумовою зміни форми навчання. Дидактичні та етичні прорахунки вчителя можуть вплинути на бажання неповнолітнього вчитися.

Шкільний булінг також є передумовою зміни навчального закладу, бо психологічне та фізичне насилля, глум, приниження можуть мати непередбачувані наслідки для неповнолітнього з незрілою психікою.

В приватних освітніх закладах керівництво й учителі докладають зусиль до освітнього процесу. Так, зокрема, наведемо приклад Навчально-консультаційного центру домашньої (сімейної) й альтернативної освіти «Веліцей». Метою навчання керівництво вбачає не механічне забезпечення учня програмною інформацією і натаскування на її запам'ятовування, а розвиток дитини, куди входять розумовий розвиток і активне осмислення навчального матеріалу, виховання звички до розумової праці, посидючості та уважності, вміння мислити і аналізувати прочитане і почуте, а не тільки механічно запам'ятовувати отриману інформацію. Також метою є активізація творчого потенціалу дитини, розвиток її природних талантів і здібностей, прищеплення культури і моральності.

Індивідуалізація навчального процесу забезпечується навчанням за індивідуальною програмою, розробленою на основі психолого-педагогічного вивчення особистості дитини. Навчання відбувається за зручним для дитини розкладом уроків, що дозволяє їй звільнити час для занять спортом і в гуртках, читання та інших видів корисної та творчої діяльності. Проходить робота вчителя онлайн тільки з одним учнем або в групі до 4-х осіб, що забезпечує ефективну індивідуальну роботу з учнем. Урок не є монологом вчителя, а спільним із учнем пошуком істини. Учня орієнтують не так на механічне запам'ятовування знань, як на творчий пошук відповідей незалежно від навчального предмета.

У «Веліцей» підтримується систематичний робочий контакт із батьками, які вільно присутні на уроках за бажанням. Батьки учнів є одnodумцями, об'єднаними з керівництвом і педколективом ліцею розумінням цілей освіти і виховання.

Висновки. Останні роки навчання в масовій школі викликає у багатьох дітей проблеми, а у їх батьків невдоволення. Часті реформи школи, які не

дають зрозумілі батькам цілі навчання, відсутність індивідуального підходу до особистості учня, ставлення вчителів до свого предмету викладання та учнів, відносини з однолітками, надмірні навантаження попри вікові можливості чи за станом здоров'я, змушують багатьох батьків шукати інші, альтернативні способи надання освіти своїм дітям. Батьки, які піклуються про майбутнє своїх дітей, хочуть бачити їх освіченими, розвиненими, моральними, вихованими молодими людьми тощо. Знання завжди є цінністю, особливо для тих, хто хоче розвиватися, самовдосконалитися і самоздійснитися в житті.

УДК 316.36+316.36:613.9

DOI 10.32689/2663-0672-2020-2-4-144-150

ХОХЛОВА Дарина Дмитрівна

студентка I курсу спеціальності 225 «Медична психологія»

ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіоальна Академія управління персоналом»

Науковий керівник: **КОЛЯДЕНКО Ніна Володимирівна**

доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін і психосоматики ПрАТ «ВНЗ «МАУП»

м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0003-1797-6942

ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ОДНОСТАТЕВИМИ ПАРАМИ ЯК МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ТА БІОЕТИЧНА ПРОБЛЕМА

Хохлова Д. Д., студентка I курсу спеціальності 225 «Медична психологія» ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; м. Київ, Україна. **Виховання дітей одностатевими парами як медико-психологічна та біоетична проблема.**

Ключові слова: одностатевий «шлюб», всиновлення, виховання дітей, медична психологія, біоетика.

Анотація. Сьогодні в суспільстві все більше дискутується питання особливостей виховання дітей в одностатевих сім'ях, але воно обговорюється переважно на рівні суспільної думки, майже без будь-якої наукової аргументації. Втім, існують відповідні дослідження в цьому напрямку, тому актуальним є аналіз наявних наукових публікацій. Серед фахівців досягнуто консенсусу про те, що сімейне оточення, яке складається з одного з батьків, позначається на дитині гірше, ніж сім'я, що складається з двох. Прихильники захисту традиційних сімейних цінностей вважають, що діти розвиваються гармонійніше, якщо вони виховуються в родині з вираженими гендерними ролями - маскулінної і фемінної відповідно - батька і матері. Про це також пише Річард Дойл в своєму «Чоловічому маніфесті». В результатах ряду опублікованих наукових досліджень, що порівнюють дітей, яких виховували дві матері, з дітьми, вирощеними матір'ю і батьком, не виявлено зв'язку між типом сім'ї та виникненням у дітей згодом гомосексуальної орієнтації. Проте, існує ряд досліджень, які стверджують, що діти в одностатевих сім'ях стають гомосексуальними частіше, ніж в різностатевих.

Таким чином, в джерелах наукової літератури можна знайти досить аргументів як за схвалення виховання дітей одностатевими парами, так і проти цього, що має в основі не стільки підтримку науково-доказової дослідницької бази, скільки особисті світоглядні і морально-етичні особистісні переконання кожного з науковців.

Хохлова Д. Д., студентка I курса специальности 225 «Медицинская психология», ЧАО «ВУЗ «МАУП»; г. Киев, Украина. **Воспитание детей однополыми парами как медико-психологическая и биоэтическая проблема.**

Ключевые слова: однополый «брак», усыновление, воспитание детей, медицинская психология, биоэтика.

Аннотация. Сегодня в обществе все больше дискутируется вопрос особенностей воспитания детей в однополых семьях, но он обсуждается преимущественно на уровне общественного мнения, почти без всякой научной аргументации. Впрочем, существуют соответствующие исследования в этом направлении, поэтому актуальным является анализ имеющихся научных публикаций. Среди специалистов достигнут консенсус о том, что семейное окружение, состоящее из одного родителя, сказывается на ребенке хуже, чем семья, состоящая из двух. Сторонники защиты традиционных семейных ценностей считают, что дети развиваются гармонично, если они воспитываются в семье с выраженными гендерными ролями - маскулинной и феминной соответственно - отца и матери. Об этом также пишет Ричард Дойл в своем «Мужском манифесте». В результатах ряда опубликованных научных исследований, сравнивающих детей, которых воспитывали две матери, с детьми, выращенными матерью и отцом, не обнаружено связи между типом семьи и возникновением у детей с гомосексуальной ориентацией. Однако, существует ряд исследований, которые утверждают, что дети в однополых семьях становятся гомосексуальными чаще, чем в разнополых.

Таким образом, в источниках научной литературы можно найти достаточно аргументов как за одобрение воспитания детей однополыми парами, так и против этого, что имеет в основе не столько поддержку научно-доказательной исследовательской базы, сколько личные мировоззренческие и морально-этические личностные убеждения каждого из ученых.

Khokhlova D. D., a first-year student majoring in 225 "Medical Psychology", The Private Joint-Stock Company "Higher Educational Institution "Interregional Academy of Personnel Management", Kyiv, Ukraine. **Raising Children in Same-Sex Couples as a Medical-Psychological and Bioethical Problem.**

Key words: same-sex "marriage", adoption, upbringing of children, medical psychology, bioethics.

Abstract. Currently, society is increasingly discussing the peculiarities of raising children in same-sex families, but it is discussed mainly at the level of public opinion, with almost no scientific argument. However, there are relevant studies in this area, so it is important to analyze existing scientific publications. There is a consensus among experts that a family environment consisting of one parent affects the child worse than a family consisting of two. Proponents of the

protection of traditional family values believe that children develop more harmoniously if they are brought up in a family with pronounced gender roles - masculine and feminine, respectively - father and mother. Richard Doyle also writes about this in his "Men's Manifesto". A number of published scientific studies comparing children raised by two mothers with children raised by the mother and father have not found a link between the type of family and the subsequent emergence of homosexual orientation in children. However, there are a number of studies that claim that children in same-sex families become homosexual more often than in heterosexual families.

Thus, in the sources of scientific literature can be found enough arguments for the approval of raising children of same-sex couples, and against it, which is based not so much on the support of scientific evidence base, as personal worldview and moral and ethical personal beliefs of each scientist.

Сьогодні в суспільстві все більше дискутується питання особливостей виховання дітей в одностатевих сім'ях, але воно обговорюється переважно на рівні суспільної думки, майже без будь-якої наукової аргументації. Втім, існують відповідні дослідження в цьому напрямку, тому актуальним є аналіз наявних наукових публікацій. Отже, метою нашого дослідження став аналіз наукових публікацій з питання особливостей виховання дітей в одностатевих сім'ях. В результаті аналітичного огляду 26 зарубіжних джерел, за відсутності вітчизняних, було отримано цікавий матеріал, що став основою даної публікації.

Існують різні дослідження, якими апелюють як противники, так і прихильники батьківських прав для ЛГБТ. Одні й другі намагаються знайти помилки і неточності в дослідженнях своїх опонентів. У 2005 році Американська психологічна асоціація (АРА) випустила огляд 67 досліджень (59 опублікованих статей та 8 неопублікованих дисертацій), що розглядають потенційні негативні наслідки для дитини гомосексуальності її батьків. На основі аналізу цих матеріалів зроблено висновок, що жодне з досліджень не показало, що діти, які виховуються батьками-геями або батьками-лесбійками, знаходяться в несприятливому становищі порівняно з дітьми гетеросексуальних батьків.

У 2007 році соціологами Амстердамського університету (Нідерланди) було проведено дослідження 100 гетеросексуальних і 100 лесбійських пар, в яких діти 4-8 років виховувалися з самого народження. Кількість хлопчиків і дівчаток в досліджуваних групах була приблизно однаковою. В результаті дослідження з'ясувалося, що виявити різницю між рівнем благополуччя дітей в цих сім'ях не вдається.

В 2016 році дослідники Амстердамського університету, при спільній роботі з Колумбійським університетом (США), опублікували нове дослідження, що порівнює 95 лесбійських сімей з 95 різностатевими сім'ями з дітьми у віці від 6 до 17 років. Респонденти відбиралися з репрезентативного американського дослідження National Survey of Children's

Health, що проводилося в 2011-2012 роках. Дослідники вивчали взаємини дітей і батьків, стан здоров'я дітей, рівень стресу в батьків, успішність дітей в школі, емоційні труднощі дітей. Результати дослідження показали практично повну відсутність будь-яких відмінностей між показниками з лесбійських сімей і показниками з «традиційних» сімей. Єдиною відмінністю було виявлення рівня стресу, який виявився трохи вищим у лесбійських сім'ях. Відмінною особливістю даного дослідження стало виключення з нього дітей, які пережили розлучення батьків, і дітей, народжених в попередніх відносинах, таким чином, порівнювалися лише діти, котрі виховуються в стабільних партнерських стосунках. Чоловічі пари з дітьми також були виключені з дослідження, оскільки їх досить небагато.

В 2009 році великомасштабне вивчення умов виховання дітей в одностатевих сім'ях було проведено в Німеччині на замовлення Федерального міністерства юстиції на базі Баварського державного інституту вивчення сім'ї Бамбергського університету і Державного інституту ранньої педагогіки в Мюнхені, що містять аналогічні висновки про відсутність відмінностей у розвитку дітей в одностатевих і різностатевих сім'ях.

У 2009 році було також опубліковано дослідження університетів Арлінгтона та Східної Каліфорнії, яке показало, що сексуальні вподобання батьків не мають жодного впливу на розвиток емоційних проблем в усиновлених дітей.

В опублікованій у 2014 році доповіді Інституту сімейних досліджень Австралії йдеться про те, що діти в одностатевих сім'ях так само емоційно і соціально розвинені, як і їхні однолітки, які виховуються в сім'ях гетеросексуальними парами. Аналогічних висновків дослідники дійшли також, розглядаючи розвиток з точки зору здатності дітей до навчання. Більше того, деякі дослідники дійшли висновку, що діти, які виховуються лесбійськими парами, отримують з боку батьків виховання більш високої якості в порівнянні з вихованням їх однолітків, які ростуть у різностатевих пар і чоловічих одностатевих пар.

У 2012 році Марк Регнерус, доктор соціології, ад'юнкт-професор в Техаському університеті в Остіні (США), завершив півторарічне наукове дослідження на тему «Як відрізняються дорослі діти, батьки яких мають одностатеві стосунки». Згідно з результатами дослідження, діти, які виховувалися в сім'ях, де хоча б один із батьків мав одностатеві стосунки, мають «численні, послідовні відмінності, особливо між дітьми жінок, які мали любовні стосунки, і тими дітьми, хто виріс в гетеросексуальному шлюбі біологічних батьків». Серед іншого, в результатах було відзначено, що діти з одностатевих пар більше схильні до депресії, а їхні батьки частіше отримують допомогу. Однак, Регнерус стверджує, що орієнтація батьків ніяк не впливає на батьківські здібності людини, і виявлені відмінності, ймовірно, частково викликані недоліком підтримки одностатевих сімей в суспільстві. В роботі окремо зазначено, що «дослідження не є лонгітюдним і не може бути використане для встановлення причинно-наслідкових зв'язків».

Більше двохсот вчених зі ступенями докторів філософії і докторів медицини, включаючи президента Американської Соціологічної Асоціації та президента Американської Медичної Асоціації, написали відкритий лист, в якому висловили претензії до «доказовості статистичної обробки» роботи Регнеруса і звинуватили його в помилковості висновків. Основною проблемою дослідження було названо віднесення до груп «матері-лесбіянки» і «батьки-геї» будь-яких людей, які коли-небудь мали одностатеві стосунки. З 3000 дітей, які брали участь в дослідженні Регнеруса, всього дві дитини виховувалися одностатевими батьками протягом значного періоду життя, обидва - в сім'ях лесбіянок.

Соціологічний факультет Техаського університету в Остіні в своїй офіційній заяві відсторонився від дослідження Регнеруса, вказавши, що його висновки не відображають поглядів соціологічного факультету університету і не відображають точку зору Американської соціологічної асоціації. Проте, стверджується далі в заяві, Регнерус також має право висловлювати свою власну точку зору.

Втім, як вказував в 2010 році Майкл Розенфельд зі Стенфордського університету, ні в одній із 45 раніше опублікованих в науковій літературі робіт, присвячених проблемі гомосексуальних батьків, не знайдено жодних статистично значущих недоліків у дітей, вихованих батьками-геями або батьками-лесбіянками, в порівнянні з іншими дітьми.

Успішне навчання в початковій школі є корисним і об'єктивним критерієм розвитку дитини. Результати досліджень підтверджують, що діти з одностатевих пар не мають будь-яких недоліків інтелектуального розвитку. При порівнянні студентів, діти, виховані в одностатевих парах, в рамках статистичної достовірності не відрізняються від дітей гетеросексуальних подружніх пар.

Ряд організацій дотримуються протилежної думки щодо можливих ризиків для дітей, які виховуються в одностатевих сім'ях. Так, згідно з Американським коледжем педіатрії, діти, які живуть під впливом гомосексуального способу життя, піддаються більш високому ризику отримання емоційних, інтелектуальних і фізичних травм, а також знаходяться в гіршому по ряду критеріїв становищі в порівнянні з дітьми, вихованими гетеросексуальною сімейною парою. Серед таких критеріїв відзначається підвищений ризик зіткнутися з сексуальними розладами, можливість опинитися втягнутими в сексуальні експерименти і прийняти одностатеву сексуальну самоідентифікацію, що в подальшому пов'язане з ризиком психічних проблем у вигляді депресії, розладів психіки, суїцидальних ідей і самогубства.

На думку дослідника Лорена Маркса, існує упередженість обраних для огляду статей під час досліджень Американської психологічної асоціації; ні в одному з вибраних для огляду досліджень не міститься достатньо великої вибірки для статистично значимого результату, в багатьох відсутня коректна

гетеросексуальна вибірка, необхідна для порівняння та отримання висновків.

Деякі опоненти всиновлення в одностатевих парах задаються питанням, чи зможе таке оточення надати дитині адекватні гендерні ролі. Суть подібних заперечень зводиться до того, що без чоловічої чи жіночої рольової моделі діти не зможуть правильно розвинути і втілити ці ролі в своїх майбутніх гетеросексуальних стосунках. Прибічники всиновлення дітей одностатевими парами, навпаки, стверджують, що достатні уявлення про рольові моделі сімейних стосунків дитина може знайти: на прикладі взаємин з іншими людьми, в тому числі з родичами; на уроках сексуальної освіти в школах; у творах культури і мистецтва.

Дослідження, проведене групою вчених із США, встановило що діти, які росли в родині з двома матерями, поведуться згідно стереотипним статевим ролям. Серед таких дітей спостерігається лише деяка розмитість в ігрових перевагах (по типу «ляльки проти автомобілів»), а також в стереотипних гендерних уявленнях про кар'єрні прагнення.

Серед фахівців досягнуто консенсусу про те, що сімейне оточення, яке складається з одного з батьків, позначається на дитині гірше, ніж сім'я, що складається з двох. Розвиток цієї тези використовується багатьма групами, які протидіють усиновленню в одностатевих сім'ях. Наприклад, доктор Джеймс Добсон, засновник консервативної організації «Focus on the Family», що захищає традиційні сімейні цінності, посилається на існування «сотень, якщо не тисяч, статей і досліджень, які демонструють, що діти найкраще себе почувають в сім'ї з матір'ю і батьком, яка показує їм рольові моделі і відданість один одному».

Прихильники захисту традиційних сімейних цінностей вважають, що діти розвиваються гармонійніше, якщо вони виховуються в родині з вираженими гендерними ролями - маскулінної і фемінної відповідно - батька і матері. Про це також пише Річард Дойл в своєму «Чоловічому маніфесті». Він вважає, що розлучення, неповні сім'ї або сім'ї з гомосексуальними партнерами розглядаються як більш серйозна загроза розвитку дитини, ніж проживання в повній сім'ї з частими конфліктами між батьками, або в таких, де обоє батьків є слабкими зразками для наслідування.

Відповідний аргумент про те, що одностатева сім'я для дитини непридатна, ґрунтується на припущенні, що діти з одним із батьків страждають через відсутність однієї рольової моделі, але, на думку Американського об'єднання за громадянські свободи, причина насправді може полягати в дефіциті батьківського піклування та нестачі уваги, що спостерігається в сім'ї з одним із батьків.

У звіті Американського об'єднання за громадянські свободи висловлюється думка, що неясно, яким чином дослідження сімей з одним із батьків пов'язані в цьому світі з припущеннями про якість виховання в одностатевій парі з двома батьками.

Іншим аргументом проти виховання дітей в одностатевих парах є сумнів, чи не стануть діти копіювати сексуальну орієнтацію батьків і чи не будуть вони більше схильні до гендерної дисфорії, ніж інші. Результати досліджень близнюків дозволяють зробити припущення, що на формування орієнтації впливає сукупність деяких біологічних факторів і факторів навколишнього середовища, хоча на даний момент серед фахівців відсутній консенсус з приводу того, які конкретно ці чинники. Серед людей, які в свідомому віці ідентифікують себе як гомосексуали, переважна більшість вихована різностатевими батьками.

В результатах ряду опублікованих наукових досліджень, що порівнюють дітей, яких виховували дві матері, з дітьми, вирощеними матір'ю і батьком, не виявлено зв'язку між типом сім'ї та виникненням у дітей згодом гомосексуальної орієнтації. Проте, існує ряд досліджень, які стверджують, що діти в одностатевих сім'ях стають гомосексуальними частіше, ніж в різностатевих.

Деякі дослідження показують, що діти, які виховуються лесбійками, демонструють не менш високі показники соціальної адаптації, успішності та загального розвитку, ніж їх однолітки від різностатевих шлюбів.

Таким чином, серед науковців є досить аргументів як за дозвіл виховання дітей одностатевими парами, так і проти цього, що, знову-таки, має в основі не стільки підтримку науково-доказової дослідницької бази, скільки світоглядні і морально-етичні особистісні переконання кожного з науковців.

ЧОРНА Тетяна Володимирівна

доктор філософії в галузі психології, дійсний член і керівник регіонального підрозділу Європейської Академії природничих наук (ФРН), Психолог Інклюзивно-ресурсного центру №3 Деснянського району м. Києва м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0002-2396-4377

СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ПОПЕРЕДЖЕННЯ НАРОДЖЕННЯ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

Чорна Т. В., доктор філософії в галузі психології, дійсний член і керівник регіонального підрозділу Європейської Академії природничих наук (ФРН), Психолог Інклюзивно-ресурсного центру №3 Деснянського району м. Києва; м. Київ, Україна. **Сучасні стратегії попередження народження дітей з аутизмом.**

Ключові слова: аутизм, профілактика аутизму.

Анотація. Одним з найважливіших факторів позитивного оздоровчого впливу на сім'ю може бути залучення в сім'ю перинатального психолога (Чуприков А.П. 2017). Супровід перинатальним психологом планової вагітності, як за 2 місяці до зачаття, так і в період вагітності і лактаційного періоду буде потужним оздоровчим явищем. Перинатальна психологія має бути націлена на оздоровлення і майбутньої матері, і внутрішньосімейної атмосфери. Вона є першорядним фактором, здатним впливати на психосоматику вагітної жінки, її взаємовідношення з плодом і поліпшення внутрішньосімейної взаємодії.

Нами виявлені сезонні відмінності народжуваності пацієнтів з аутизмом, які свідчать про певну залежність схильності до цього захворювання від факторів середовища, що діють на організм протягом його пре- і постнатального розвитку. Виявлені закономірності можуть бути використані фахівцями при консультуванні сімей з високим ризиком народження хворих на аутизм. Сім'ям, де є дитина з аутизмом, можна рекомендувати планове зачаття наступних дітей в інший часовий період, щоб між народженнями дітей був тимчасовий «зазор» в 3-6 місяців. Таким чином, ми вперше в історії корекції аутизму піднімаємо питання про систему його природної профілактики.

Черная Т. В., доктор философии в области психологии, действительный член и руководитель регионального подразделения Европейской Академии

естественных наук (ФРГ), Психолог инклюзивного ресурсного центра №3 Деснянского района г. Киева; г. Киев, Украина. **Современные стратегии предупреждения рождения детей с аутизмом.**

Ключевые слова: аутизм, профилактика аутизма.

Аннотация. Одним из важнейших факторов положительного оздоровительного воздействия на семью может быть привлечение в семью перинатального психолога (Чуприков А.П. 2017). Сопровождение перинатальным психологом плановой беременности, как за 2 месяца до зачатия, так и в период беременности и лактационного периода, будет мощным оздоровительным явлением. Перинатальная психология должна быть нацелена на оздоровление и будущей матери, и внутрисемейной атмосферы. Она является первостепенным фактором, способным влиять на психосоматику беременной женщины, ее взаимоотношения с плодом и улучшение внутрисемейного взаимодействия.

Нами выявлены сезонные различия рождаемости пациентов с аутизмом, которые свидетельствуют об определенной зависимости предрасположенности к этому заболеванию от факторов среды, действующих на организм в течение его пре- и постнатального развития. Выявленные закономерности могут быть использованы специалистами при консультировании семей с высоким риском рождения больных аутизмом. Семьям, где есть ребенок с аутизмом, можно рекомендовать плановое зачатия последующих детей в другой временной период, чтобы между рождениями детей был временный «зазор» в 3-6 месяцев. Таким образом, мы впервые в истории коррекции аутизма поднимаем вопрос о системе его естественной профилактики.

Chorna T. V., PhD in the field of psychology, full member and head of the regional division of the European Academy of Natural Sciences (Germany), Psychologist of the Inclusive Resource Center №3 of Desnianskyi district of Kyiv; Kyiv, Ukraine. **Modern Strategies for Preventing the Birth of Children with Autism.**

Key words: autism, autism prevention.

Abstract. One of the most important factors of positive health impact on the family may be the involvement of a perinatal psychologist in the family (Chuprikov AP 2017). Accompaniment by a perinatal psychologist of a planned pregnancy, both 2 months before conception and during pregnancy and lactation will be a powerful health phenomenon. Perinatal psychology should be aimed at improving both the expectant mother and the family atmosphere. It is a primary factor that can affect the psychosomatics of a pregnant woman, her relationship with the fetus and improve intra-family interaction.

We found seasonal differences in the birth rate of patients with autism, which indicate a certain dependence of susceptibility to this disease on environmental factors that affect the body during its pre- and postnatal development. The identified patterns can be used by specialists in counseling

families at high risk of giving birth to patients with autism. Families with a child with autism may be advised to conceive their next children at a different time so that there is a temporary "gap" of 3-6 months between births. Thus, for the first time in the history of autism correction, we raise the question of the system of its natural prevention.

С падением рождаемости, в Украине значимость каждого рожденного ребенка увеличивается. В связи с этим, особое внимание должно уделяться здоровью рожденных детей. Во всем мире скорость распространения аутизма приобретает характер эпидемии. Это влияет на все сферы человеческой жизни.

На фоне значительного увеличения частоты детского аутизма, приходится сталкиваться со случаями повторного рождения детей с данным заболеванием в одних и тех же семьях.

Профессор А.П.Чуприков задумался об предотвращении повторного рождения детей с аутизмом в семьях. Одним из самых важных факторов положительного оздоровительного воздействия на семью может являться привлечение в семью перинатального психолога (Чуприков А.П., 2017). Сопровождение перинатальным психологом плановой беременности, как за 2 месяца до зачатия, так и в период беременности и лактационного периода, будет мощным оздоровительным явлением в жизни семьи. При этом перинатальная психология должна быть нацеленной на оздоровление и будущей матери, и атмосферы в семье. Он считал перинатальную психологию первостепенным фактором, способным влиять на психосоматику беременной женщины, ее взаимоотношение с плодом и улучшение внутрисемейного взаимодействия.

Родители детей с особыми потребностями – это тот контингент, в котором прежде всего надо проводить настойчивую, кропотливую и оптимизирующую психотерапевтическую работу. Работа со страхами, тревожными ожиданиями будущих матерей, уже имеющих детей с аутизмом, может дать самые позитивные результаты.

Александр Полетаев, доктор медицинских наук, профессор, действительный член Американской ассоциации иммунологов, считает, что причина рождения ребёнка с аутизмом – в здоровье мамы и папы. Здоровье ребёнка закладывается в утробе матери. Об этом все знают и много говорят. Но почти никто серьёзно не занимается подготовкой матери к беременности. А если ребёнок родился больным, сколько стадионов ни построй, он здоровым не станет.

Соматофизическое оздоровление будущей матери, выявление дремлющих инфекционно-вирусных ассоциантов также является важным. Современная медицина, при обнаружении дремлющей патологии, может предложить медикаменты для очищения внутреннего гомеостаза будущей матери. Хотя невозможно сегодня кардинально повлиять на генетическую природу аутизма, но семейная психотерапия, оздоровление матери могут

помочь нам в предотвращении нарушений нормального течения беременности и родов, в результате чего ребенок с аутизмом дополнительно может страдать перинатальной гипоксической энцефалопатией, т.е. органической церебральной патологией.

О том, что даже наличие патологического генома, не висит дамокловым мечом над семьей, имеющей ребенка с аутизмом, говорят современные представления о влиянии фактов внешней среды на проявление +генома. Эта область науки сегодня называется эпигенетикой. Одна из дерзких эпигенетических гипотез, по мнению А. М. Вайсермана, заведующего лабораторией эпигенетики, доктора медицинских наук, содержит постулат, что активность многих генов подвержена влиянию различных внешних факторов, среди которых сезонность рождений занимает не последнее место (А. М. Вайсерман, 2001). Эпигенетические модификации у человека могут возникнуть, если действие факторов внешней среды придется на критические стадии раннего развития (это перинатальный период и время после рождения), а возникшие изменения могут имплантироваться на всю жизнь и даже жизнь нескольких поколений.

Сезонность рождений, как эпигенетический фактор, изучалась во многих странах. Большинство авторов рассматривают как сезонность рождений как таковую, так и исторические изменения ее патерна в связи с различными факторами окружающей среды: температура, интенсивность освещения и длину светового дня, уровень синтеза витамина Д, загрязненность воздуха, а также другие, которые могут влиять на концентрацию гормонов, качество спермы и сексуальную активность людей.

Всемирно известный врач-акушер из Франции Мишель Оден (2016) является одним из ученых, кто считает, что внутриутробная экология является наиболее важным аспектом экологии человека, и что в матке жизнь эмбриона и плода отличается, с одной стороны, повышенной уязвимостью к факторам внешней среды, а с другой стороны, это период высокой адаптируемости к ним же. В частности, он сообщает, что одно из серьезных эпидемиологических исследований сезонности рождений детей с аутизмом было проведено в Калифорнии. Авторами изучались месяц зачатия и время года зачатия. Получены достоверные данные, что дети, зачатые в декабре, январе, феврале или марте имели более высокий риск развития аутизма по сравнению с другими месяцами. Авторы считают, что по сравнению с летом зачатие в зимний период приводит к рождению детей с аутизмом с вероятностью преобладания в 6%.

В Великобритании (по М. Одну) повышенный риск аутизма выявлен у людей, рождение которых пришлось на весну, а в Израиле повышенная предрасположенность к аутизму выявлена у людей, родившихся в марте и августе.

Профессором А.П.Чуприковым и коллегами был предпринят анализ сезонности и помесечного распределения рождаемости детей с аутизмом в Украине. Изучена сезонность рождений детей с аутизмом и

психоорганическим синдромом (общее количество - 658 чел.). Референтная популяция насчитывала 4 370 365 людей, родившихся в Украине на протяжении того же периода (2000-2009 г.г.). Обнаружены колебания рождения больных детей на протяжении года, высокодостоверные для страдающих аутизмом ($p < 0,001$). Минимум рождаемости детей с аутизмом приходился на февраль, а максимум – на июнь. Т.е. для детей с аутизмом существует своего рода демографическая «яма».

Таким образом, выявленные сезонные отличия рождаемости пациентов с аутизмом свидетельствуют об определенной зависимости предрасположенности к этому заболеванию от средовых факторов, действующих на организм на протяжении его пре- и постнатального развития. Выявленные закономерности могут быть использованы специалистами при консультировании семей с высоким риском рождения больных аутизмом. Семьям, где есть ребенок с аутизмом, можно рекомендовать плановое зачатие последующих детей в другой временной период, чтобы между рождениями детей был временной «зазор» в 3-6 месяцев.

Мы действительно далеки от возможности терапевтически влиять на геном, но уменьшение риска в семьях, где уже есть ребенок-аутист, возможно уже сегодня. В частности, в 4 раза мы уменьшим частоту рождения детей-аутистов, если изменим соотношение полов среди новых младенцев в этих семьях. Как известно, девочки в 4 раза реже болеют этим расстройством.

Среди природных нефармакологических оздоровлений гестации все большую популярность приобретает купание с дельфинами. Оказалось, что после нескольких плаваний в дельфинарии угроза ухудшения психофизического состояния у беременных женщин проходит. Роды протекают без осложнений. К слову, талассотерапия, купание беременных в бассейне с морской водой, также является мощным оздоровительным фактором, хотя присутствие дельфина в бассейне ничем заменить нельзя.

Таким образом, впервые в истории коррекции аутизма поднимаем вопрос о системе естественного предотвращения рождения такого ребенка на основе учитывания природных факторов. Естественно, что эта система не более, чем первые шаги, она может дополняться и совершенствоваться по мере роста наших знаний. Приглашаем коллег задуматься о ее совершенствовании.

УДК 376; 159.93; 37.015.3

DOI 10.32689/2663-0672-2020-2-4-156-159

ЯКОВЕНКО Олена Степанівна

магістр соціальної педагогіки, практичної психології, нейропсихолог
директор ТОВ «Українські Центри психологічної допомоги»
м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0003-3714-1600

СУПРОВІД СІМЕЙ ТА АБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВОСТЯМИ РОЗВИТКУ – ЗАПОРУКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Яковенко О. С., магістр соціальної педагогіки, практичної психології, нейропсихолог, директор ТОВ «Українські Центри психологічної допомоги»; м. Київ, Україна. **Супровід сімей та абілітація дітей з особливостями розвитку – запорука репродуктивного здоров'я населення України.**

Ключові слова: корекційна робота, затримка психосоціального розвитку дитини

Анотація: Сучасна дитяча популяція має досить великий відсоток дітей з затримкою психосоціального розвитку, затримкою розвитку мови, комунікативними порушеннями формування поведінки пренатальні генезу. Представлена організація бере активну участь у допомозі сім'ям у розвитку, корекційній роботі, соціалізації і підготовці дітей до великого соціуму.

Яковенко А. С., магістр соціальної педагогіки, практичної психології, нейропсихолог, директор ООО «Украинские Центры психологической помощи»; г. Киев, Украина. **Сопровождение семей и абилитация детей с особенностями развития - залог репродуктивного здоровья населения Украины**

Ключевые слова: коррекционная работа, задержка психосоциального развития ребёнка

Анотация: Современная детская популяция имеет достаточно большой процент детей с задержкой психосоциального развития, задержкой развития речи, коммуникативными нарушениями формирования поведения перинатального генеза. Представленная организация принимает активное участие в помощи семьям в развитии, коррекционной работе, социализации и подготовке детей к большому социуму.

Yakovenko O. S., Master of Social Pedagogy, Practical Psychology, Neuropsychologist, Director of Ukrainian Centers for Psychological Assistance;

Kyiv, Ukraine. **Support of Families and Habilitation of Children with Special Needs is a Guarantee of Reproductive Health of the Population of Ukraine.**

Keywords: correctional work, delayed child psychosocial development

Anotation: The modern children's population has a fairly large percentage of children with a delay in psychosocial development, a delay in the development of speech, and communicative disorders in the formation of behavior of a genital origin. The presented organization takes an active part in helping families to develop, corrective work, socialize and prepare children for a large society.

В связи со значительным увеличением рождаемости детей с задержкой психоречевого развития перенатального генеза, а также ежегодным увеличением количества детей с РАС (расстройством аутичного спектра) поведения, встала острая потребность в создании профильных профессиональных дошкольных и общеобразовательных учебных заведений для оказания помощи таким детям. Наша организация имеет два Центра, где проводится подобная работа уже в течении одиннадцати лет. Это «Центр лечебной педагогики «Сознание» и «Детский центр развития Позняки». В Центрах работают логопеды, дефектологи, социальные педагоги, реабилитолог, психологи.

Работа Центров проводится в нескольких направлениях:

- Консультация родителей и семей, где растёт ребенок с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья), РАС и с ЗППР (задержкой психоречевого развития). Во время консультации специалист имеет возможность оказать проектирующее влияние на семью/родителей с целью улучшения климата в семье и построения перспективных программ качественного улучшения жизни семьи в целом и ребенка в частности.

- Консультация и подготовка беременной к родам. Оценка развития ребенка с первых дней жизни. Эта встреча имеет целью подготовить будущую маму к адекватному восприятию процессов родов и первых дней/недель малыша, чтобы, по возможности, устранить/минимизировать ранние проявления предпосылок к формированию задержки развития любого генеза.

- В Центрах также проводится диагностика интеллектуального, речевого, психосоциального развития ребенка и подростка, ориентируя близких на зону ближайшего развития, с целью преодоления препятствий в освоении дошкольной/школьной программы. Так же проводится и ранняя диагностика детей до года, как программа помощи родителям, имеющим старших детей с особенностями в развитии.

- Особое внимание в нашей работе мы уделяем сопровождению семей, где живет ребенок с ОВЗ. Для этого наши Центры предоставляют спектр образовательных услуг для дошкольников и младших школьников, благодаря которым дети имеют хорошие возможности догнать своих сверстников в развитии и в дальнейшем посещать массовые дошкольные и школьные общеобразовательные учреждения.

Целью наших организаций является достижение следующих результатов:

- Помощь в развитии ребенка до возможной возрастной нормы. Многолетний опыт работы наших специалистов дает хорошие результаты. Отмечено, что при ранней коррекционной работе ребенка с РАС, начиная с 2-х летнего возраста, дети своевременно начинают говорить, обретают хорошие коммуникативные навыки, гармонично развиваются физически и уже в 6-ти летнем возрасте до 65-70% детей с РАС идут в массовые школы. Это так же касается и детей с СДВГ.

- Наблюдается очень позитивная динамика в работе с неречевыми детьми, при условии отсутствия признаков РАС. Логопеды и речевые терапевты готовят индивидуальные программы развития и освоения чтения и письма, предвосхищая развития признаков дислексии/дисграфии. Так же оказывается качественная подготовка детей начальных классов, у которых выявлены признаки дислексии/дисграфии.

Для достижения вышеперечисленных целей в Центрах для детей и подростков организованы:

- Индивидуальные занятия профильных специалистов, где ребенок окружен особым вниманием и применяется индивидуальный подход. Здесь специалист выстраивает программу ближайшего развития, совместно с коллегами проводит фронтальный срез знаний и результатов.

- В Центрах организовано много групповых занятий. Есть возрастные группы для детей с РАС, где дети осваивают коммуникативные навыки, социализацию и развитие речи. Есть группы для малышей до трех лет, где мамы с детками осваивают навыки адаптации и, в игровой терапии, преодолевают психотравмы, полученные при неудачном посещении массовых яслей. Как правило, эти детки психоастеничны, а мамы проявляют повышенную тревожность. Здесь же, в группе, мамы получают профессиональную помощь в преодолении страха «разрыва» с ребенком, в случае его посещения детского сада.

- Один из наших Центров имеет начальную школу, где дети, которые нуждались в нашей помощи в дошкольном возрасте и имели серьезные проблемы с психическим здоровьем, успешно осваивают программу массовой школы. В этом мы предусматриваем возможность пластичного детского мозга интенсивно развиваться в условиях щадящего социума и, по достижению нужного уровня интеллектуального и психосоциального развития, посещать массовые школы.

Из опыта работы нашей организации:

Наши дети – это дети разных стран. География очень разнообразна: Чехия, Англия, Германия, ОАЭ, Россия, вся Украина. Для этого предусмотрен интенсивный курс освоения нужных навыков в течение месяца с последующим периодическим посещением и дистанционным обучением как ребенка, так и родителей. Многие из наших детей уже стали взрослыми, поступают в ВУЗы. Молодой человек, который пришел к нам с тяжелым

состоянием РАС и прошел полный курс реабилитации по нашим программам, поступил в медицинский университет, планирует специализироваться в области медицины катастроф. При общении с ним очень сложно выявить признаки РАС, теперь это доступно только опытному профессионалу и никак не мешает самостоятельному молодому человеку в построении своей личной жизни. Он обладает уникальной памятью, разносторонне развит, имеет хорошую, профессиональную спортивную подготовку. Таких случаев много, они очень вдохновляют родителей детей с особенностями развития рождать детей, заниматься их воспитанием и без страха смотреть в будущее.

ВИМОГИ ДО ПУБЛІКАЦІЙ

ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ ТЕЗ:

В лівому верхньому куті - прізвище та ініціали автора (жирним курсивом прописними літерами), науковий статус і місце роботи (навчання) (курсивом звичайними літерами) та індекс ORCID автора (обов'язково!). В правому верхньому куті – УДК статті. Далі посередині – назва роботи (жирним шрифтом прописними літерами). Після цього – текст розміром 3-5 сторінок, без переліку джерел. Структура тексту: анотація та ключові слова українською, російською, англійською мовами, актуальність дослідження, мета дослідження, методологія і методи дослідження, матеріали та методики дослідження, коротко основні результати дослідження, висновки. Текст друкується шрифтом Times New Roman, розмір 14, через 1 інтервал.

ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ:

В лівому верхньому куті - прізвище та ініціали автора (жирним курсивом прописними літерами), науковий статус і місце роботи (навчання) (курсивом звичайними літерами) та індекс ORCID автора (обов'язково!). В правому верхньому куті – УДК статті. Далі посередині – назва роботи (жирним шрифтом прописними літерами). Після цього – текст розміром 12-25 сторінок, з переліком використаних джерел з транслітерацією і посиланнями на них у тексті в квадратних дужках. Структура тексту: ключові слова та анотація українською, російською та англійською мовами, актуальність дослідження, постановка проблеми, об'єкт, предмет, мета і завдання дослідження, методологія і методи дослідження, матеріали та методики дослідження, результати власних досліджень та їх аналіз, висновки, список використаних джерел українською мовою, список використаних джерел транслітерацією. Текст друкується шрифтом Times New Roman, розмір 14, через 1,5 інтервали.

Матеріали до публікацій надсилати на електронну адресу: nina-k@ukr.net