

- чення: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук/Н.Г.Мухамбетов. — Астрахань, 2007. — 17 с.
10. Панов В.И. Методологические аспекты экологической психологии / В.И. Панов // Актуальні проблеми психології: Зб. наукових праць/ Інститут психології ім. Г.С.Костюка НАПН України. — Т.7: Екологічна психологія. — Вип. 5. — Ч. 2. — К., 2005. — С. 77—87.
 11. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. О месте психического во всеобщей взаимосвязи явлений материального мира / С.Л. Рубинштейн— М.: Изд-во Академии наук СССР, 1957. — 327с.
 12. Рубинштейн С.Л. Из научного наследия / С.Л. Рубинштейн // Вопросы психологии. — 1979. — №5. — С. 141—150.
 13. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии / С.Л. Рубинштейн— М.: Педагогика, 1973. — 424 с.
 14. Рудоміно-Дусятська О.В. Проблеми суб'єктивної активності людини у довіллі / О.В.Рудоміно-Дусятська // Вісник КНУ ім. Тараса Шевченка. — Серія: Соціологія. Психологія. Педагогіка. — Вип. 22—23. К., 2005. — С. 79—82.

РУДОМИНО-ДУСЯТСЬКА Е. В.

ПРИНЦИП ДЕТЕРМИНИЗМА КАК МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА РОЗРОБКИ ПРОБЛЕМ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

В статье выделены некоторые аспекты разработки принципа детерминизма в отечественной психологии. Доказана зависимость трактовки предмета и проблемного поля экологической психологии от решения исследователем вопроса о характере детерминации экопсихологических феноменов.

Ключевые слова: принцип детерминизма, экологическое сознание, личность как субъект жизни.

RUDOMINO-DUSYATSKA E. V.

PRINCIPLE OF DETERMINISM AS A METHODOLOGICAL BASIS ROZROBKI PROBLEMS OF ENVIRONMENTAL PSYCHOLOGY

The article deals with the ways in which the principles of determinism are developed in soviet psychology. The dependency of treatment of the subject and problem field of environmental psychology from researcher's solutions on the nature of determination of eco-psychological phenomena is being proved.

Key words: the principle of determinism, ecological consciousness, the individual as a subject of life.

Стаття надійшла до редколегії 20.02.2013 року.

УДК 159.9.072

САВЕНКОВА І. І.

Київський університет

імені Володимира Грінченка,

ХРОНОПРОГНОСТИЧНІ ПОКАЗНИКИ ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ

У статті представлено показники хронопсихологічного перебігу депресивних станів. Експериментально доведено, що форми прояву депресивних станів узгоджуються зі значенням власної одиниці часу у безперервному спектрі «т-типів».

«Психопатологічні маски» депресії децю частіше сполучені з захворюваннями органів травлення.

Ключові слова: хронопсихологічне прогнозування, «т – тип», власна одиниця часу, депресивні розлади.

Не зважаючи на розвиток знань у галузі психіатрії, проблема діагностики та лікування депресивних розладів не втрачає актуальності. За даними ВООЗ щороку у світі на депресію, що клінічно діагностується, хворіють принаймні 200 млн. осіб, і ця цифра постійно зростає [3]. Кожна восьма людина хоч би раз за життя потребує спеціальної антидепресивної терапії. Приблизно 2/3 пацієнтів з депресією, що діагностовано, схильні до суїцидальних спроб і 10–15% здійснюють суїцид. 25% усіх пацієнтів первинної мережі медичної допомоги страждають на якийсь психічний розлад, головним чином, депресивний і тривожний. Принаймні у 10% усіх

користувачів первинної медичної мережі має місце велика депресія (Ф.Березін [1], М.Коробіцина [4], О.Смулевич [6], Є.Соколова [7]).

Амбулаторна загальносоматична допомога є первинною ланкою медичної допомоги. Саме на цьому етапі відбувається первинна діагностика і, за необхідністю, подальша профільна лікувально-діагностична орієнтація пацієнтів. У 60–70% випадків при соматичних захворюваннях зустрічаються порушення психіки (О.Квасенко, В.Менделевич, О.Напреєнко, В.Ніколаєнко, Р.Оганов, С.Парцерняк).

За даними багатьох авторів у 1/3 випадків лікар загального профілю стикається з тими чи

іншими психічними розладами, і лише 2–4% з цих пацієнтів у подальшому звертаються до психіатра. Така обставина великою мірою пов'язана зі страхом перед системою психіатричної допомоги, зі стигматизацією як психічно хворих, так і психіатричної служби, а також з історично сформованим упередженням населення щодо психіатричних захворювань. Найбільш складною у цьому плані є проблема психосоматичних і соматопсихічних розладів, психічний радикал яких пацієнту невідомий. Водночас пацієнти розуміють, що наслідком установа психіатричного діагнозу може бути взяття на диспансерний облік і, відповідно, певні соціальні обмеження. У зв'язку з цим від 30 до 50% хворих, які потребують психіатричної допомоги, мігрують від фахівця до фахівця у пошуках матеріального субстрату свого страждання. Нерідко такі звернення призводять до встановлення помилкових діагнозів. Поряд з цим психічні розлади погіршують перебіг соматичного захворювання й, ускладнюючи їх клінічну картину, змушують лікарів до значної кількості непотрібних досліджень і лікувальних втручань. Найважливішою причиною подібних ситуацій є субдепресивні і депресивні стани, які необхідно *попередити на перших етапах* прояву психосоматичних розладів. За даними R.Malto 22% подібних хворих відбирають до 50% часу лікаря загальної практики [12]. Зважаючи на величезну кількість даремних досліджень і терапевтичних, а часом і хірургічних втручань, негативні наслідки стосуються не лише окремих пацієнтів, а й недоцільних економічних витрат системи охорони здоров'я у цілому.

Указані проблеми викликають необхідність удосконалення системи клініко-психолого-діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на поліпшення медичного обслуговування осіб з депресивними розладами в умовах загальносоматичної територіальної поліклініки та їхнє своєчасне прогнозування, а відповідно, і попередження.

Мета дослідження – спрогнозувати перебіг депресивних станів з позиції хронопсихологічного підходу.

Ми звернулись до розгляду питання прогнозування перебігу депресивних станів із урахуванням типологічних груп. Ю.Поляков пише, що у «різних типів людей переважають різні хвороби, сама хвороба протікає у них по-різному, по-різному проходить і процес видужання, реабілітації залежно від індивідуальних особливостей психіки людини» [9, с.56–57]. Особливу увагу звертають на себе депресивні стани, оскільки

розвиток та плин таких хвороб має часову розгортку, з періодами загострення та ремісії (затухання) перебігу. У дослідженнях Б.Цуканова [10] представлені результати, які переконують нас, що домінуюча хвороба локалізується у межах своєї типологічної групи. Розподіл післяінфарктних хворих дав чіткий поділ безперервного спектру «т-типів» на типологічні групи. Проводячи систематичне визначення власної одиниці часу індивідів із хронічними неінфекційними захворюваннями (хвороби печінки, нирок, шлунку), Б.Цуканов отримав їхню локалізацію у типологічних групах безперервного спектру «т-типів» [10]. Ці результати дослідження відповідають тому, як Гіппократ пояснював походження хвороб у представників певних типологічних груп перевагою однієї з чотирьох рідин в організмі.

Таким чином, ми підходимо до розгляду питання депресивних станів з позиції законів переживання часу [10]. А що стосується часу, то Д.Елькін зазначав: «Сприйняття часу, відображаючи об'єктивну реальність, дає людині змогу орієнтуватися у зовнішньому середовищі, причому дає об'єктивно вірну уяву про нього» [11, с.36]. Використовуючи вираз М.Шагіняна стосовно того, що кожен індивід має свій «маленький Хронос», Б.Цуканов додав: «Зі своєю швидкістю перебігу часу і зі своєю часовою перспективою» [10, с.233]. І.Павлов розглядав питання про ті процеси, які мають місце у мозку людини за умов сприйняття тривалості, швидкості та послідовності і прийшов до висновку, що «мірою часу» у нервовій системі є зміна збудження гальмуванням [8]. Д.Елькін розглядав залежність точності відтворення тривалості від типу темпераменту [11]. Він звернув увагу на деякі відмінності у точності відтворення проміжків часу у холериків, сангвініків, меланхоліків, флегматиків, проте не дав повного опису ставлення до актуального переживання часу представниками цих чотирьох типологічних груп. В.Блейхер писав, що кожен живий індивід має свій власний час, тобто сангвінік – один, флегматик – інший [2]. На його думку, хоча ці розрізнення й невеликі, все ж повного співпадання аж ніяк не існує. У працях Б.Цуканова [10] науково доведено, що представникам різних типологічних груп не тільки притаманний «різний час», а й має місце схожість ставлення до переживання часу в індивідів, які належать до однієї типологічної групи, що вказує на наявність узагальнених профілів, що співставляються у класичній типології темпераментів. Загалом, він виділяє й детально аналізує п'ять типів профілів [10].

На базі терапевтичного кабінету територіальної поліклініки №2 міста Первомайська обстежено 350 пацієнтів: 186 (58,1%) жінок і 164 (46,9%) чоловіків. Відбір пацієнтів здійснювався з урахуванням їхнього діагнозу – нозологічної форми психосоматичного захворювання. Вік хворих коливався від 18 до 67 років, середній вік респондентів становив $51,6 \pm 17,2$ років. Усі пацієнти звернулися у поліклініку до дільничного терапевта з власної ініціативи. Звернення з приводу загострення хронічних захворювань становили 287 (82,0%) випадків і з приводу гострих станів – 63 (18,0%) випадків. 189 (54,0%) пацієнтів були у пенсійному віці, 161 (46,0%) – у працездатному віці. При цьому 133 (38,0%) респонденти пенсійного віку продовжували працювати, 56 (16,0%) пацієнтів, які не досягли пенсійного віку, протягом різних проміжків часу не мали роботи і перебували на утриманні своїх сімей. З різних причин 4 (1,7%) пацієнта мали I, 14 (4,0%) – II і 21 (6,0%) – III групу інвалідності. За тривалістю захворювання пацієнти розподілилися таким чином: до 6 місяців – 82 (23,4%), від 7 до 12 місяців – 6 (1,7%), від 1 до 2 років 17 (3,8%), 3 та більше років – 245 (70,0%). Усі пацієнти, що звернулися до поліклініки, були обстежені клінічно з застосуванням необхідних лабораторних та інструментальних методів залежно від їхнього основного захворювання.

Для верифікації соматичної патології результати об'єктивного загальноклінічного обстеження і документально підтверджені анамнестичні відомості обговорювались з лікарями соматичного профілю.

У процесі вивчення структури соматичної патології респондентів були отримані такі дані: 5 (1,4%) – жовчнокам'яна хвороба, 16 (4,6%) – холецистит, 11 (3,1%) – хронічна недостатність кровообігу, 40 (11,4%) – хронічна ішемічна хвороба серця, 9 (2,6%) – хронічний коліт, 7 (2,0%) –

цукровий діабет, 32 (9,1%) – функціональні розлади ритму серця з брадикардіями, 65 (18,6%) – інфаркт міокарда в анамнезі, 18 (5,1%) – артеріальна есенціальна гіпертензія, 7 (2,0%) – залишкові явища після порушення мозкового кровообігу, 73 (20,9%) – транзиторні ішемічні порушення мозкового кровообігу, 6 (1,7%) – хронічний гастрит, 17 (4,9%) – хронічний бронхіт, 11 (3,1%) – бронхіальна астма, 24 (6,9%) – гіпертонічна хвороба, 9 (2,6%) – залишкові явища після ОРВІ.

Клінічне психіатричне обстеження, використання дослідницьких критеріїв МКХ-10, шкали Гамільтона, а також опитувальника Бека дозволили виявити депресивні розлади у 265 (75,7%) хворих. Відповідно у 85 пацієнтів (24,3%) не було виявлено достатньої кількості ознак, необхідних для діагностування депресивних розладів. Ці особи розглядались у дослідженні як контрольна група відносно респондентів з депресіями.

Статистична обробка отриманих даних містила у собі визначення середнього арифметичного відхилення та застосування, за наявності, кореляційних відношень між значенням власної одиниці часу індивіда та рівнем прояву депресивних станів (табл. 1).

Кореляційне відношення між значенням власної одиниці часу індивіда та рівнем прояву депресивного стану (табл. 1) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалах:

$$0,94 \text{ с} < \tau \leq 1,0 \text{ с та } 1,0 \text{ с} < \tau \leq 1,1 \text{ с}$$

При аналізі груп хворих за формами соматичної патології виявлено, що у пацієнтів з депресією достовірно частіше спостерігались гіпертонічна хвороба, атеросклеротична енцефалопатія, хронічна ішемічна хвороба серця з інсультами, транзиторні ішемічні порушення кровообігу, функціональні розлади ритму серця з брадикардіями ($p < 0,05$).

Таблиця 1

Розподіл показників рівня депресивного стану у безперервному спектрі « τ -типів»

« τ – тип» (в сек)	Показник депресії Де (у балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (125 = 100 %)		і τ , Де	і Де, τ
		Кількість осіб	%		
0,7 с \leq τ < 0,8 с	7	16	4,6	0,16	0,17
0,8 с \leq τ < 0,86 с	8	6	1,7	0,17	0,19
0,86 с \leq τ \leq 0,94 с	12	21	6	0,51	0,54
0,94 с \leq τ \leq 1,0 с	28	265	75,7	0,98	0,99
1,0 с \leq τ \leq 1,1 с	18	42	12	0,95	0,96

і τ , Де – кореляційне відношення між значенням власної одиниці часу та рівнем депресивного стану;

і Де, τ – зворотній зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву депресивного стану та значенням власної одиниці часу індивіда

Основні прояви, які дозволили віднести стан до депресивного, стосувались настрою, ідеаторної, моторної і соматичної сфер пацієнтів. У 20 випадках (23,5% від кількості осіб з депресіями) переважно у межах депресії легкого ступеня спостерігалась невиразність симптоматики, її поліморфізм та надзвичайна мінливість.

У 23 (27,1%) пацієнтів спостерігалось пароксизмальне почуття туги. Воно виникало раптово, без видимої причини і нерідко супроводжувалось суїцидальними думками. У 17 досліджених зареєстровані афективні порушення. Ці пацієнти відзначали почуття суму, спустошеності, байдужості, зниження інтересів та потягів. Вони відчували невпевненість у собі, були невдоволені будь-якими власними діями та вчинками.

У пацієнтів спостерігалось поступове зростання невпевненості у собі, негативне ставлення до власних учинків, невдоволеність своїм станом. При цьому на тлі постійно заниженого настрою спостерігалась надзвичайна емоційна хиткість з переважною спрямованістю модуля афективних реакцій у бік поглиблення гіпотимії. Хворі, як правило, заперечували наявність заниженого настрою, однак, доволі часто відзначали афективну напруженість та висували численні скарги, що за суттю відповідали депресивному настрою. Більшість пацієнтів (71, 86%) користувались при цьому іншими (нехарактерними для депресії) лексичними формами.

Виділено такі варіанти депресивних розладів.

Іпохондричний варіант. Депресивна симптоматика тісно пов'язана з переживаннями соматичного дискомфорту й оцінювалась хворими як природна реакція на наявне, хоч і поки що не розпізнане соматичне захворювання. При виражених, стійких вісцеро-вегетативних порушеннях, які спостерігались у 17 (20,3%) випадках, пацієнти повністю пов'язували власний стан з проявами основного захворювання, вважаючи такий фон настрою необхідним його компонентом. У 8 випадках зафіксовано ритмічні погіршення у соматичній сфері, що за періодичністю нагадували добові коливання настрою.

Астенічний варіант. Депресивну симптоматику презентовано головним чином адинамічними, анергічними проявами зі скаргами на слабкість, утомлюваність, «знесилення», відсутність інтересу до всіх аспектів життя, окрім хвороби.

Дисфоричний варіант. На перший план виступала дратівливість, гнівливість, підозрливість пацієнтів. В амбулаторній практиці цей варіант спостерігався досить часто. Таких пацієнтів можна чути вже у коридорі за межами кабінету, оскільки з їхньою появою виникають галас та сварки. У кабінеті вони також сварливі, дратів-

ливі, гнівливі, під час бесіди тримаються насторожено, а нерідко й агресивно, негативно ставляться до висновків лікаря і до призначеного лікування. У процесі тривалої бесіди вдавалось «пом'якшити» напруженість пацієнта, однак психотерапевтичний ефект у таких випадках був вельми нестабільним.

За ступенем прояву депресії згідно з МКХ-10 пацієнти розподілились таким чином: легка – 60 (71%) хворих; поміркована – 19 (22%) пацієнтів; тяжка – 6 (7%) хворих. Для об'єктивізації ступеня тяжкості депресивних розладів та їхнього кількісного аналізу використовувалась шкала Гамільтона для оцінки депресій (HDRS-21). Сумарне значення у 7–16 балів за шкалою розцінювалось як малий депресивний епізод, вище за 16 балів – як великий депресивний епізод.

При застосуванні цього діагностичного інструменту задля уникнення гіпердіагностики депресивного розладу чи переоцінки ступеня її тяжкості соматичним пунктам (наприклад, відсутність апетиту, втомлюваність) надавалось менше значення, ніж таким пунктам, як: суїцидальні думки, почуття провини, відчуття себе невдахою. Результати тестування завжди порівнювались з даними, отриманими у процесі патопсихологічного обстеження.

Встановлено таку нозологічну структуру депресій: 44,6% (38) – реактивні (переважно нозогенні) депресії, 35,3% (30) – дистимії, 2,4% (2) – ендогенні, 7,0% (6) – органічні, 7,0% (6) – соматогенні, 3,5% (3) – ятрогенні депресії. До останньої категорії віднесено пацієнтів з депресивною симптоматикою, яка виникла у зв'язку з вживанням депресогенних препаратів і нівелювалась після їхньої заміни.

Виявлено, що нозогенні депресії частіше зустрічаються при тяжких соматичних захворюваннях, дистимії частіше сполучені з затяжними хронічними захворюваннями, циклотимії – при гастроентерологічній патології, а судинні – при захворюваннях серцево-судинної системи. Ятрогенні депресії мали місце при вживанні дигіталіса, кортикостероїдів, циметидіна.

Депресивні стани часто протікали під виглядом соматичної патології. Серед психопатологічних масок виявлено тривожно-фобічні, обсесивно-компульсивні, іпохондричні, неврастенічні розлади. Безсоння і гіперсомнія розглядались як маски порушення біологічних ритмів. Розповсюдженими були соматичні «маски» у вигляді синдрому вегето-судинної дистонії, запаморочення, функціональних порушень внутрішніх органів, нейродерміту, шкіряного свербіння, анорексії, булімії, імпотенції, порушень менструального циклу. Серед «масок» у формі *алгій* спостеріга-

лись кардіалгії, абдоміналгії, фіброміалгії, невралгії, спонділоалгії, псевдоревматичні артралгії. Патохарактерологічні маски виявлялись через розлади потягів, антисоціальну поведінку, істеричні реакції. Наявність «масок» виявлено у 69 (81,2%) випадках. У 8 (9,4%) випадках констатовано наявність психопатологічних масок, у 3 (3,5%) випадках вони спостерігались у формі порушень біологічного ритму, у 30 (35,3%) випадках – у формі вегето-судинних кризів, у 22 (25,9%) – у формі алгій і у 6 (7,0%) випадках – у формі патохарактерологічних зсувів. Указані «маски» мали різний розподіл серед виділених форм депресивних станів: психопатологічні маски частіше зустрічались при циклотимії, рідше – при дистимічних розладах і реактивних депресіях. Порушення біоритмів сну з однаковою частотою зустрічалося у пацієнтів з реактивною, органічною й ятрогенною депресією. Вегетосоматичні маски були переважно притаманні дистиміям і реактивним депресіям, з однаковою частотою спостерігались при органічних депресіях і циклотимії, і лише один раз – при ятрогенії. Алгічні «маски» були пріоритетні для реактивних станів, дещо менше – для дистимій і з однаковою частотою зустрічались при органічних і соматогенних депресіях. Патохарактерологічні маски переважали при дистиміях, рідше спостерілись при реактивних депресіях і в одиничному випадку – при циклотимії.

Достовірної різниці між кількісними показниками розповсюдження різних масок при окремих видах соматичної патології виявлено не було, однак, простежувались певні тенденції. Так, усі основні форми масок зустрічались дещо частіше при захворюваннях органів серцево-судинної системи. Алгії приблизно однаково часто спостерігались при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, центральної нервової і серцево-судинної систем. «Психопатологічні маски» депресії дещо частіше були сполучені з захворюваннями органів травлення.

Таким чином, система допомоги терапевтичним пацієнтам з депресивними розладами повинна будуватись на принципах комплексного підходу, що інтегрує різні області медичних і соціально-психологічних знань і практик. На нашу думку, з метою оптимізації надання лікувально-профілактичної допомоги пацієнтам з депресивними розладами в умовах первинної ланки медико-психологічної практики необхідне впровадження низки організаційних заходів, а саме:

- 1) підвищення освітнього рівня дільничних лікарів-терапевтів територіальних поліклінік

за допомогою спеціально розроблених навчальних програм щодо розпізнання та лікування пацієнтів з афективною патологією;

- 2) інтеграція психологічної допомоги з соматичною патологією за принципом «на себе» (спільна робота психолога і лікаря-терапевта в умовах кабінету дільничного терапевта);
- 3) сортування пацієнтів з виокремленням певних годин і днів прийому для осіб з афективною патологією;
- 4) формулювання діагнозу таким чином, щоб на перший план було висунуто соматичну патологію, а афективна патологія була представлена як наслідок соматичного розладу чи супутнє (неосновне) захворювання;
- 5) здійснення просвітницької роботи серед пацієнтів з інформуванням про характер афективних розладів і необхідність своєчасної спеціалізованої психолого-психіатричної допомоги, а також про її етичні принципи.

Список використаних джерел

1. Березин Ф. Б. Социально-психологическая адаптация при невротических и психосоматических расстройствах / Ф. Б. Березин, Х. В. Барлас // Журнал Института невропатологии, психиатрии им. С. С. Корсакова. — № 4—6. — 1994. — С. 38—43.
2. Блейхер В. М. Особенности личности акцентуации как фактора предрасположенности к некоторым психосоматическим заболеваниям / В. М. Блейхер, Н. Б. Фельдман // Журнал Института невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. — № 3. — 1988. — С. 101—104.
3. Здоровье // Ежемесячник. — 2011. — № 5. — С. 118—123.
4. Коробіцина М.Б. Психологічна діагностика психічних розладів та розладів поведінки у дорослих та відповідні реабілітаційні заходи: [кер.-во для практик. психологів, лікарів]. — Одеса: Астропринт, 2005. — 82 с.
5. Савенкова І.І. Хронобіологічний прогноз психосимптоматики хронічних гастроентерологічних захворювань: [Зб. наук. праць КІРУЕ] / І.І.Савенкова. — Ч.1. — 2009. — С.218—231.
6. Смулевич А. Б. Депрессии у соматических больных / [Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Сыркин А.Л.]. — М.; СПб.: Изд-во Бином — Невский проспект, 1998. — 318 с.
7. Соколова Е.Т. Особенности личности при пограничных нервно-психических и соматических заболеваниях / Е.Т. Соколова, В.В.Николаева. — М.: Высшая школа, 2001. — 133 с.
8. Павлов И. П. Физиологическое учение о типах нервной системы, темпераментах: [полн. собр. соч.: в 14 томах] / И. П. Павлов. — Т.3, кн. 2.- М., Л. : АН СССР, 1951. — С. 77 — 88.
9. Поляков Ю.Ф. Здоровоохранение и задачи психологии / Ю.Ф. Поляков // Психологический журнал. — Т.5, № 2. — М.: Литтерра, 2001. — С.168—185.
10. Цуканов Б.Й. Время в психике человека: [Монография] / Б.Й. Цуканов. — Одесса: Астропринт, 2000. — 198 с.
11. Элькин Д.Г. Восприятие времени / Д.Г.Элькин — М.: АПН РСФСР, 1962.- 246 с.
12. Malmo R.B. Psychology study of symptom mechanisms in psychiatric patients under stress / R.B. Malmo, C.Shagaas // Psychosom. Med. — 1949. — P.11, 25.

САВЕНКОВА И. И.

ХРОНОПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

В статье представлены показатели хронопсихологического прогнозирования течения депрессивных состояний. Экспериментально доказано, что формы проявления депрессивных состояний согласуются со значением собственной единицы времени в сплошном типологическом спектре «τ-типов». «Психопатологические маски» депрессии взаимосвязаны с соматическими нарушениями и согласованы с типологическими группами.

Ключевые слова: хронопсихологическое прогнозирование, «τ-тип», собственная единица времени, депрессивные расстройства.

SAVENKOVA I. I.

HRONOPROGNOSTICHESKIE INDICATORS MANIFESTATIONS OF DEPRESSIVE STATES

The paper presents the performance hronopsihologicheskogo prognosis of depression. Experimentally proved that the forms of depression are consistent with the value of your own time unit in a continuous range of typological «τ – types.» «Psychopathological mask 'depression linked with physical disabilities and coordinated with the typological groups.

Keywords: hronopsihologicheskoe forecasting, «τ-type», a private unit of time, depressive disorder.

Стаття надійшла до редколегії 20.02.2013 року.

УДК 37.015.3

СВІТИЧ С. А.

Дніпропетровський обласний інститут
післядипломної педагогічної освіти

ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ ПЕДАГОГІВ ДО ВЗАЄМОДІЇ З СОМАТИЧНООСЛАБЛЕНИМИ ДІТЬМИ

У статті описані зміст та завдання програми підготовки педагогів до взаємодії з соматично ослабленими учнями. Обґрунтовані переваги використання тренінгових методів при психологічній підготовці вчителів. Представлені результати формувального експерименту по впровадженню програми підготовки вчителів початкових класів на курсах підвищення кваліфікації.

Ключові слова: психологічна підготовка, вчителі початкових класів, взаємодія, соматично ослаблені учні.

У зв'язку з переходом сучасної освіти на позиції особистісно-орієнтованої педагогіки, одним із завдань сучасної школи є розкриття потенціалу всіх учасників педагогічного процесу, надання їм можливостей прояву особистості.

Згідно з національною програмою «Освіта» (Україна XXI ст.), гуманізація освіти, що виражається в утвердженні людини як найвищої соціальної цінності, у найповнішому розкритті її здібностей та задоволенні різноманітних освітніх потреб, є головним принципом сучасної освіти.

У зв'язку з оновленням освіти на принципах гуманізму та творчого підходу до розвитку кожної окремої особистості, акцент на знання змінюється орієнтацією на всебічний розвиток особистості дитини [2]. Процеси, які відбуваються у сучасній освіті, безпосередньо торкаються проблеми ефективної педагогічної взаємодії вчителя та дитини. Основним завданням педагога у

теперішній час є розвиток особистісного потенціалу дитини, забезпечення її емоційного комфорту, створення умов для її успішної адаптації, соціалізації та особистісного розвитку.

Процес навчання виконує три основні функції: освітню, виховну і розвивальну. Освітня функція є основною і передбачає надання знань та формування спеціальних та загальнонаукових умінь та навиків. Виховна - покликана формувати світогляд, духовні, моральні, трудові, естетичні уявлення, переконання, погляди, ідеї і т.і. Розвивальна функція забезпечує процес створення особистості, розвиває її сприйняття, мислення, волюву, емоційну і мотиваційну сфери [1].

В.А.Семиченко до індивідуальних правил втілення гуманістичних принципів відносить [4]:

- завданням учителя є наповнення сьогодення учня позитивними емоціями, цікавою