

3. Дикая Л. Г. Отношение к неблагоприятным жизненным событиям и факторы его формирования / Л. Г. Дикая, А. В. Махнач // Психологический журнал. – 1996. – № 3. – С. 137–148.
4. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса / Китаев-Смык Л. А. – М. : Наука, 1983. – 536 с.
5. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус ; под ред. Л. Леви. – Л. : Медицина, 1970. – 290 с.
6. Психология самосознания : [хрестоматия / ред.-сост. Д. Я. Райгородский]. – Самара : БАХРАХ-М, 2000. – 672 с.
7. Самосознание и защитные механизмы личности : [хрестоматия / ред.-сост. Д. Я. Райгородский]. – Самара : БАХРАХ-М, 2000. – 656 с.

## **УДК 159.98**

*Єгорова О.Б., Зозуля О.В., Калмикова О.О., Муравицька І.С., ГВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет» (м. Слов'янськ)*

### **ЕМОЦІЙНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОМАТИЧНО ХВОРИХ ПІДЛІТКІВ**

Проаналізовано теоретичні основи дослідження проблеми емоцій та соматопсихології в контексті медико – психологічних теорій; розглянуті особливості емоційних порушень у соматично хворих підлітків; описані психологічні профілі соматично хворих підлітків.

*Ключові слова:* соматична хвороба, емоційні порушення, підліток, психологічний профіль.

Проанализированы теоретические основы исследования проблемы эмоций и соматопсихологии в контексте медико – психологических теорий; рассмотрены особенности эмоциональных нарушений у соматически больных подростков; описаны психологические профили соматически больных подростков.

*Ключевые слова:* соматическая болезнь, эмоциональные нарушения, подросток, психологический профиль.

**Постановка проблеми.** Ще з часів виникнення шкіл ведуться дискусії про перевантаження школярів. Останніми роками говорять про підвищення шкільних вимог і виникнення так званого «шкільного стресу», що веде до ослаблення психосоматичного здоров'я підростаючих громадян України [3; 4; 7; 10; 14].

Складна ситуація із здоров'ям школярів пов'язана з багатьма чинниками. За даними професора Г.А. Бачинського, в Україні вже припинилося природне відтворення населення – людей померло на 30% більше, ніж народилося. Дитяча смертність в Україні є найвищою в Європі; 80% вагітних жінок хворі (десять років тому їх було 30%); на 1000 новонароджених в Україні вмирає 13 дітей в містах і 14 – в селах; 80% українських дітей хворі або мають слабе здоров'я. За останніх 10 років в Україні кількість дітей з порушеною спадковістю збільшилася в 5 разів. З 1996 р. на 5% щорічно зростає кількість народжених дітей-мутантів, а сам український народ стоїть перед загрозою вимирання. Підраховано, що до закінчення середньої школи 46% випускників отримують різні хронічні захворювання, 50% – морфофункціональні порушення.

За період навчання в школах з 1 по 8 клас кількість здорових дітей знижується в 4 рази, росте кількість короткозорих дітей – від 3% до 30%, з нервово-психічними розладами – від 11% до 40%, з гастроентерологічними захворюваннями зростає в 2 рази. Щорічно при профілактичних оглядах дітей у віці до 15 років виявляється, що у значної кількості учнів порушена постава, деякі з них хворі на сколіоз, більшість відстає у фізичному розвитку.

Як відмічається в статті [7], за даними НАМН України, за останні десять років захворюваність дітей шкільного віку зросла на 27%. І якщо уже в першому класі біля 30% дітей мають хронічні хвороби, то до п'ятого класу їх кількість виростає до 50%. А гарним здоров'ям можуть похвастати лише 7% (!) українських школярів.

У зв'язку з приведеними вище даними статистики, в Україні найважливішим завданням держави є збереження високої цінності людського життя – психосоматичного здоров'я. Виникла реальна необхідність дослідження не тільки хвороби, але і її впливу на емоційну сферу школярів.

Ось чому психологічні механізми впливу хвороби на особистість повинні розглядатися у зв'язку зі зміною всього ядра особистості – системи відносин у цілому, обумовленим суб'єктивним змістом хвороби як події в житті, що неодноразово підкреслював Л.С. Виготський (цит. за [12]). Хвороба впливає не лише на особистість, але й на поведінку людини, може сприяти виникненню різних порушень як в поведінці, так й в емоційній сфері [1; 2; 11; 13].

Вивчення особливостей емоційної сфери соматично хворих підлітків, а також визначення шляхів та методів роботи з ними може сприяти покращенню в них психічного та психологічного здоров'я.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Емоції (від фр. emotional – хвилювання) – процес ситуативного переживання, ставлення до навколишніх об'єктів, який має для організму сигнальне і регулююче значення. В емоціях людини міститься багата гамма відтінків, від легких, ледве вловлюваних змін настрою до різких коливань, нерідко вибухів, які психологи називають афектами [17, С. 119-120].

Відношення до відображених явищ, як головна властивість емоцій, представлена у їхніх якісних характеристиках, до яких належать знак (позитивний, негативний), модальність (подив, радість, обурення, сум тощо) та ін. [17, С. 120].

За Є.П. Ільїним, бувають радісні емоції і неприємні переживання під впливом різних подразників. У стані емоційних спалахів людина втрачає багато м'язової і нервової енергії, яка утворюється за рахунок згорання або збільшення в м'язах цукру [9, С. 465-466].

Емоції, на думку Б.І. Додонова, бувають негативні (можуть бути руйнівними, наприклад, для серця), позитивні (приводять в рух нові сили організму, мають цілющі властивості), амбівалентні (виникають в невизначеній ситуації) та ін. [8, С. 28-37].

Емоційний стан – це різного роду настрої, пристрасті й афекти, які можуть бути стенічними й астенічними, тобто можуть підвищувати та знижувати активність людини (Вілюнас В.К.) [6].

Також емоційні стани бувають позитивні й негативні. Останні є характерні для підліткового віку і проявляються як: внутрішній дискомфорт, незати-

шність, дратівливість, безцільність; стан вираженого невдоволення, ворожнечі, негативного відношення до навколишніх людей та предметів; стани, близькі до агресивності, схильності до бійок, брутальності; афективні спалахи (Реан А.А та ін.) [16].

В наш час ми можемо спостерігати у підлітковому віці також такі негативні емоційні переживання, як тривога, гнів, страх, депресивні стани тощо [1, С. 337]

Розглядаючи теоретичні основи дослідження проблеми емоційних порушень в контексті філософсько-психологічних теорій (П.К. Анохін, В.К. Вілюнас, В. Вундт, Н. Грот, У. Джемс, П. Жане, Ф. Крюгер, Ж.-П. Сартр, П.В. Симонов, Б. Спіноза, К. Юнг та ін.), слід відмітити, що порушення можуть торкатися афективних, когнітивних чи тілесно-перцептивних компонентів психіки або поведінки [13, С. 833] та мати різні картини прояву. Особливо часто спостерігають емоційні порушення при соматичних захворюваннях [5].

Термін «психосоматика» виник в 1818 р. (Р. Гейнрот). У витоків наукової медицини стояли дві школи, два підходи, що відображають два трактування загальної концепції хвороби: 1-а – гіпократична школа Коса, 2-а, – школа перших анатомів Кніда. Перша трактувала хворобу як розлад відносин між суб'єктом і дійсністю; друга розглядала хворобу як поразку якоїсь певної матеріальної структури. Початкові формули оцінки хвороби і хворого різні. У першому випадку – «людина хвора», в другому – «у людини є хвороба» [12, С. 9]

Соматопсихологія виходять з визнання єдності соматичного і психічного, організму і особи у всій складності їх співвідношень. Цій проблемі у минулому приділяли велику увагу найбільше вітчизняні лікарі С.П. Боткін (1950), Г.А. Захарьїн (1909), Р.А. Лурія (1944), М.Я. Мудров (1949) та інші.

Учені виділяють в загальній проблемі психосоматичних взаємин два великі аспекти: вплив соматичних чинників на психіку людини; вплив психічних чинників на соматичну сферу людини. Як вказував професор О.Р. Лурія, плаче мозок, і сльози капають у серце, печінку. шлунок [цит. за 4, С. 48]. Під час реабілітації хворого, лікар повинен знати нозологічний діагноз, тип особистості хворого та його соціальне мікросередовище (Кабанов М.М., [цит. за 12, С. 26])

Суттєвою ознакою поняття "хворий" є розуміння його як людини, що страждає, яка усвідомлює себе хворою, відчуває хворобу тоді, коли вона досягає певних функціональних і анатомічних змін. Хворий — це особистість, обтяжена турботою про здоров'я, із загостреним почуттям існування [4; 5; 10; 12].

Хворий звісною мірою втрачає волю, у нього виникає відчуття залежності від хвороби. Тому А.М. Изуткін (1995) обґрунтовано вважає, що у психічному стані соматичного хворого розвиваються дисгармонійні процеси, відбувається порушення біосоціальної адаптації. Хвора людина втрачає суттєво значимі індивідуальні та суспільні зв'язки, воля стає обмеженою, у певній мірі спотвореною, що переживається як «стиснутість волі».

Порушення психіки можуть зникнути або значно погіршитись, незважаючи на тривалість соматичного захворювання. Спостерігається і зворотне відношення: зміна психіки може якийсь час існувати або залишитися стійкою при поліпшенні або повному зникненні соматичного захворювання. Особливо

значні зміни можуть протікати в підлітковому віці.

Група вчених (Виготський Л.С., 1983; Зейгарник Б.В., 1976; Лебединський М.С., 1985 та ін.) стверджують, що розвитком психіки є переривистий процес, чреватий «кризами розвитку». У дитячій психології вони спостерігаються в 3,7 і 12-16 років.

Розпад соціальної ситуації розвитку, що вже склалася, і виникнення нової є основним змістом кризових періодів розвитку. Схеми аналізу психічного розвитку в окремі вікові періоди (Л.С. Виготський, О.М. Леонтьєв, Л.І. Божович, 1968) припускають виявлення ряду важливих моментів: а) характеристику соціальної ситуації розвитку, що вже склалася, її основних внутрішніх суперечностей; б) процес становлення в її надрах нової соціальної ситуації розвитку; в) аналіз основних психічних новоутворень, що виникають в цей період.

Л.І. Божович, наприклад, відзначає, що в кризові періоди розвитку змінюється вся поведінка дітей: вони стають дратівливими, неслухняними, іноді агресивними по відношенню до оточуючих людей. Особливо змінюється емоційна й поведінкова сфера підлітка під впливом хвороби.

Виходячи з вищезазначеного, ми можемо стверджувати, що теоретичне вивчення проблеми емоційних порушень підлітків та відмінностей їх прояву у соматичних хворих з певних захворюванням дає змогу вважати дані феномени взаємозалежними і потребує практичного дослідження.

**Метою** статті є аналіз проблеми емоційної сфери людини в історії наукової думки, розкриття особливостей емоційних порушень у підлітків з певним соматичним захворюванням та визначення шляхів психокорекції емоцій за допомогою корекційно – розвиваючих методів.

**Виклад основного матеріалу.** Дослідження проводилось на базі загальноосвітніх шкіл м. Донецька. В експерименті приймали участь 64 особи, серед яких – 34 хлопця та 30 дівчат віком 15-16 років.

Під час дослідження були використані такі психодіагностичні методи, як спостереження, бесіда, метод вивчення медичних карт школярів, психодіагностичні методи дослідження (тест Г. Айзенка «Самооцінка емоційних станів»; «Методика діагностики показників і форм агресії» А. Басса й А. Даркі; методика Зунге-Балашової) «Шкала депресії» та методи математичної обробки даних (t-критерій Ст'юдента).

Так, завдяки *методу вивчення медичних карт підлітків* були виділені групи хворих учнів: хворі на органи дихання – 8 осіб (група 1); школярі з хворобами очей – 12 осіб (група 2); особи із захворюваннями шлунку кількістю – 12 (група 3) – всього 32 особи. З метою вирішення завдань доволіно було відібрано 32 підлітка без хронічних соматичних хвороб, які склали групу 4.

За *методикою Г. Айзенка* (див. табл. 1), тривожність максимально виражена у групі 1 ( $t=12,1343$ ;  $p<0,001$ ); фрустрація у всіх 3 групах хворих виражена на середньому рівні, але переважає в групі 2 (не значимо); агресивність на високому рівні ( $p<0,001$ ) виражена у школярів групи 1; ригідність – найбільші показники виражені також в учнів групи 1 ( $t=7,290$ ;  $p<0,001$ )

Таблиця 1.

**Середні показники емоційних станів у підлітків з різних груп (%)**

Емоційні стани	Середні показники в різних групах				t – критерій Ст'юдента	Значимість показників
	1	2	3	4		
Тривожність	100	66,7	55,0	45,7	<b>12,134****</b>	p<0,001
Фрустрація	58,3	65,6	65,6	39,3	1,292	не значимо
Агресивність	91,7	63,1	72,3	37,3	<b>10,067****</b>	p<0,001
Ригідність	75,0	55,0	66,7	47,7	<b>7,290****</b>	p<0,001

t табл. = 3,850 \*\*\*\* при p<0,001

За методикою А. Басса, А. Дарки (див. табл. 2), фізична агресія переважає у «шлункових хворих» групи 3 (t=2,407; p<0,05); непряма агресія – в групі 3 (значимо на рівні p<0,001), роздратування – у легеневих» та «шлункових хворих» (значимо при p<0,001); негативізм найбільше проявляється у хворих на очі із групи 2 (t=7,793; p<0,001); найбільш образливими є учні з шлунковими хворобами (значимо на рівні p<0,001); найбільшу підозру проявляють «легеневі хворі» (p<0,001).

Таблиця 2.

Середні показники агресії (%)

№	Середні показники в групах				t – критерій Ст'юдента	Значимість показників
	1	2	3	4		
1	50	72	77	79	<b>2,407</b>	p<0,05
2	58	56	67	60	4,383****	p<0,001
3	67	55	67	73	<b>3,897****</b>	p<0,001
4	67	88	78	75	<b>7,793****</b>	p<0,001
5	58	66	78	79	<b>6,679****</b>	p<0,001
6	75	61	67	71	<b>5,014****</b>	p<0,001
7	83	88	89	92	1,764	не значимо
8	58	77	88	70	<b>9,551****</b>	p<0,001
9	83	66	83	81	<b>5,177****</b>	p<0,001
10	58	72	67	77	<b>4,591****</b>	p<0,001

t табл. = 2,037, p<0,05

t табл. = 3,622, p<0,001

де -

- 1 фізична агресія
- 2 непряма агресія
- 3 роздратування
- 4 негативізм
- 5 образа
- 6 підозрілість
- 7 вербальна агресія
- 8 почуття провини
- 9 індекс ворожості
- 10 індекс агресивності

Показники вербальної агресії сягають досить високого рівню і переважають у «шлункових хворих» (не значимо); частіше винуватими почувають

себе учні з хворобами шлунку (група 3) – значимо на рівні  $p < 0,001$ . Високі рівні індексу ворожості спостерігаються та співпадають в групах 1 (легеневі хвороби) та 3 (шлункові хвороби) – ( $t=5,177$ ;  $p < 0,001$ ), індекс агресивності переважає в групі 2 – в учнів з хворобами очей (значимо на рівні 0,001).

Як показано в табл. 3, депресія, за методикою Зунге-Балашової, переважає в групах 1 та 3 і має низький рівень з тенденцією до середнього (значимо на рівні  $p < 0,05$ ).

Таблиця 3.

**Середні показники депресії (%)**

Середні показники в групах				t – критерій Ст'юдента	Значимість показників
1	2	3	4		
33	11	33	6	<b>3,162</b>	$p < 0,05$

t табл. = 2,037,  $p < 0,05$

На основі результатів можна описати психологічні профілі [15] соматичних хворих підлітків .

Хворі з хворобами дихальної системи (група 1) – «легеневі хворі». Діагноз: астматичний бронхіт та бронхіальна астма, хлопчики хворіють частіше. Хворі занадто тривожні, помірно фрустраційні, з дуже високою агресивністю та високою ригідністю. Підлітки можуть проявляти вербальну та непрямую агресію в межах адекватних; роздратування, негативізм середнього рівню з тенденцією до високого; помірно образливі; схильні проявляти високу підозрілість та дуже високу вербальну агресію. Для них не характерно переживання почуття провини. Схильні проявляти заздрощі, ненависть, недовіру й обережність у стосунках з людьми. Мають низький рівень депресії.

Учні з хворобами очей (група 2) – «очні хворі». Діагноз: косоокість, міопія; хлопчики та дівчатка хворіють в рівній мірі. Тривожність, фрустрацію, агресивність проявляють на середньому рівні з тенденцією до високого. Гарно пристосовуються до оточуючого середовища (ригідність на адекватному рівні). Проявляють досить високий рівень фізичної агресії, частий негативізм та вербальну агресію, характерне почуття провини. Непряма агресія, роздратування помірні. Іноді бувають образливі та підозрілі, заздрісні, ненависні. При невеличкому збудженні схильні проявляти запальність, брутальність; у спілкуванні можуть використовувати крик, вереск, прокляття, погрози. Депресивні стани не типові.

Підлітки з шлунковими хворобами (група 3) – «шлункові хворі». Діагноз: хронічний гастрит; частота захворювань у хлопців та дівчат співпадає. Помірно тривожні, іноді переживають фрустраційні стани та проблеми з адаптацією, досить агресивні. Дуже часто проявляють вербальну агресію та почуття провини. Для них є характерним переживання недовіри, заздрощів, ненависті. Типовим в поведінці є застосування фізичної агресії, також негативізму й образи. Помірно проявляються непрямая агресія, роздратування, підозрілість та негативні почуття в процесі комунікації. Стани депресії майже не виникають.

Для порівняння проаналізуємо профіль здорових школярів (група 4) – «без хронічних соматичних хвороб». Іноді переживають стани тривожності, фрустра-

ції, які самостійно долають; бувають агресивними, досить легко пристосовуються, можуть радіти життю. Всі форми агресії на високому рівні, особливо учні занадто агресивні вербально; мають високий рівень індексу ворожості та індексу агресивності. Стани депресії виникають надзвичайно рідко.

На основі результатів діагностичного експерименту нами була розроблена корекційна програма із зниження рівня емоційних порушень у соматично хворих підлітків. Програма включає ігри, вправи, завдання і розрахована на 10 занять. Також була відібрана експериментальна група в кількості 16 осіб, куди ввійшли хворі школярі – представники всіх трьох груп.

Після проведення формуючого експерименту у школярів зменшилися показники тривожності, агресивності, фрустрації, депресії, що свідчить про ефективність психокорекційної роботи.

**Висновки і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.** Аналізуючи вище сказане, можна відзначити, що:

- проблема емоційних порушень у соматично хворих є одною з актуальних на сучасному етапі;
- особливо значні зміни під впливом хвороб можуть протікати в підлітковому віці;
- для підлітків з певним соматичним захворюванням характерна специфіка прояву емоційних порушень;
- вивчення гендерних відмінностей у прояві емоційних порушень через соматичні хвороби підлітків є перспективою нашого дослідження.

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Авраменко С. М. Емоційні переживання та депресивність у підлітковому віці / С. М. Авраменко, О. Г. Марченко // Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 3. Психологічні науки : зб. Наукових праць. – К. : НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2010. – С. 336–349
2. Бенеш Г. Психологія емоцій / Г. Бенеш // Психологія : dtv – атлас : довідник ; [пер. з нім.]. – К. : Знання – Прес, 2007. – С. 222–237.
3. Береговой Я. Школа угрожает здоровью детей и учителей. Как их защитить? / Я. Береговой // Народное образование. – № 5. – 2001. – С. 223–231.
4. Бочаров А. С. Любовь исцеляющая. Очерки психологии болезни и выздоровления / А. С. Бочаров, А. В. Чернышов. – Полтава : СПММ, 2005. – 244 с.
5. Вітенко І. С. Зміни психіки при соматичних розладах – актуальна проблема медичної психології / І. С. Вітенко // Практична психологія і соціальна робота. – №4. – 2000. – С. 31–32.
6. Вилюнас В. К. Основные проблемы психологической теории эмоций // Психология эмоций : [тексты / под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер]. – М. : МГУ, 1984. – С. 3–28.
7. Врачей отправят в школу // Аргументы и факты в Украине. – №3. – 2013. – С. 5.
8. Додонов Б. И. В мире эмоций / Додонов Б. И. – К. : Политиздат Украины. 1987. – 140 с.
9. Ильин Е. П. Эмоции и чувства / Ильин Е. П. – СПб. : Питер, 2001. – 245 с.

10. Корнієнко О. В. Цінність психосоматичного здоров'я підростаючого покоління / О. В. Корнієнко // Практична психологія та соціальна робота. – № 10. – 1998. – С. 33–35.
11. Крузе В. Психосоматичні розлади в дитячому віці / В. Крузе // Психолог. – № 2. – 2002. – С. 27–28.
12. Николаева В. В. Некоторые особенности личности подростков, страдающих тяжелым соматическим заболеванием / В. В. Николаева // Влияние хронической болезни на психику. Психологическое исследование. – М. : МГУ, 1987. – С. 139–150.
13. Пекрун Р. Эмоциональные расстройства: этиология и анализ условий возникновения // Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб. : Питер, 2002. – С. 833–835.
14. Подкорытов В. С. Станет ли больной ребенок в Украине правилом, а здоровый – исключением? / В. С. Подкорытов // Практична психологія та соціальна робота. – № 6-7. – 1998. – С. 66–69.
15. Психологические профили : психология : словарь / под общ. ред. А. В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М. : Просвещение, 1990. – 347 с.
16. Психология подростка : полное руководство / под ред. член кола РАО А. А. Реана. – СПб. : Прайм – ЕВРОЗНАК, 2003. – 432 с.
17. Психологічний тлумачний словник найсучасніших термінів / під кер. В. В. Шапаря. – Харків : Прапор, 2009. – 672 с.

**УДК [159.9:351.743-057.36](477)**

*Жданова І.В., к. психол. н., доцент, доцент кафедри соціології та психології ХНУВС;*

*Ластовець І.В., здобувач ХНУВС*

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ КРИЗИ ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ КУРСАНТІВ ВНЗ МВС УКРАЇНИ**

У статті розкриваються питання психологічних проявів кризи професійного вибору курсантів ВНЗ МВС України. На підставі проведеного дослідження показано специфіку цих проявів на етапі адаптації курсантів до навчально-професійної діяльності та етапі закінчення вищого навчального закладу

*Ключові слова:* особистість, професійне становлення, кризи, емоційний стан, курсанти, вищий навчальний заклад, Міністерство внутрішніх справ.

В статье раскрываются вопросы психологических проявлений кризиса профессионального выбора курсантов ВУЗ МВД Украины. На основании проведенного исследования показана специфика этих проявлений на этапе адаптации курсантов к учебно-профессиональной деятельности и этапе окончания высшего учебного заведения

*Ключевые слова:* личность, профессиональное становление, кризисы, эмоциональное состояние, курсанты, высшее учебное заведение, Министерство внутренних дел.

**Постановка проблеми.** Професійне становлення особистості є складним та багатограним процесом, спрямованим на формування та розвиток особис-