
ПОДОФЕЙ С.О.,
викладач кафедри психології,
Київський університет
ім. Бориса Грінченка,
м. Київ

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

У статті розглянуто психологічні ресурси школярів, що використовуються ними в умовах психосоматичної хвороби і спрямовуються на адаптацію та соціальну інтеграцію, а також визначені причини психосоматичних захворювань дітей.

Ключові слова: Я-концепція, життєва ситуація, копінг-стратегії, психосоматичне захворювання.

В статье рассмотрены психологические ресурсы школьников, которые используются ими в условиях психосоматической болезни и направляются на адаптацию и социальную интеграцию, а также определены причины психосоматических заболеваний детей.

Ключевые слова: Я-концепция, жизненная ситуация, копинг-стратегии, психосоматическое заболевание.

The psychological resources of schoolchildren that is used by them in the conditions of psychosomatic illness and head for adaptation and social integration are considered in the article, and also reasons of psychosomatic diseases of children are certain.

Key words: I-concept, vital situation, strategy, psychosomatic disease.

Актуальність проблеми.
За дослідженнями психологів більшість учнів мегаполісів шкільного віку страждають на захворювання системи травлення

(18,9%), а також алергічні захворювання (16,7%), офтальмологічні захворювання (20,5%). Надалі спостерігається збільшення з віком у школярів хронічних захворювань зорової системи та

© Подофей С.О., 2013

системи травлення [1, с.26]. Так, будь-яка хронічна хвороба, спричиняє суттєвий вплив на особистість хворого. Вплив хвороби у дітей шкільного віку може призводити (прямо або опосередковано) до аномалій розвитку (патологічних або непатологічних змін характеру), трансформацій у мотиваційній сфері особистості, до зміни міжособистісних стосунків, а також викликати стійкі негативні психічні стани, що, у свою чергу, провокують структурну перебудову системи потреб та мотивів, зниження рівня психічних можливостей. Це веде до обмеження контактів з людьми, до викривлення уявлень про своє майбутнє тощо.

Незбіг у підлітковому віці трьох типів дозрівання – статевого, загально-органічного та соціального, за Л. Виготським, напруженість аутоімунних процесів, гормональна перебудова організму в критичні періоди перед-статевого та статевих дозрівання, актуалізація потреби в самоствердженні, емоційній прихильності, освоєнні нових соціальних зв'язків, у досягненні власної значущості в очах інших людей ускладнюється коливанням самооцінки, появою неадекватних форм психологічного самозахисту, порушенням особистісної самоідентифікації, інтрапсихічної адаптації, що й визначає психологічну складність перебігу психосоматичних хвороб й труднощі їх компенсації та соціальної адаптації. Проблеми, пов'язані із хворобою, здаються школярам важковирішуваними, нездоланими. Спостерігається можливість виникнення почуття безпорадності, неможливості радикального виходу з ситуації, поступово зникає почуття позитивної перспективи. Визначається гострота переживань, невизначеність реального життя, загальна неадаптованість підлітка, афективне звуження його свідомості до меж критичної ситуації негативного впливу хвороби. Характерними наслідками в поведінці підлітка є роздратованість та агресія, спрямована на самого себе

чи на іншого. Так під впливами захворювання накопичення у дітей негативних переживань або короткочасні та важкі стреси послаблюють психологічний захист та можуть зробити їх беззахисними пред зовнішніми шкідливостями.

Мета статті - *розкрити особливості адаптації підлітка, хворого на психосоматичну хворобу, визначити причини таких захворювань, виявити можливості самих хворих в подоланні стресових ситуацій захворювання, уточнити знання педагогів про особливості адаптації хворих школярів з метою надання психологічної допомоги таким дітям в реалізації їх потенціалу в спільній життєдіяльності.*

У психосоматиці - галузі медицини, що вивчає впливи соціально-психологічних факторів, психотравмуючих ситуацій на соматичні захворювання - загальноприйнятим фактом є положення, що негативні емоції (тривога, страх, гнів) призводять до шкідливих соматичних наслідків [8, с.8]. Адаптивне значення негативних реакцій у регуляції поведінки людини полягає в оцінюванні смислу несприятливої ситуації [5, с. 9]. У своїй роботі „Психологія особистості” Асмолов О.Г. зазначає, що «в силу багатьох соціальних заборон при емоційному оцінюванні ситуації як небезпечної» людина не завжди може реагувати втечею чи агресією». Автор вказує, що «механізми фізіологічної мобілізації... спрацьовують, що і призводить спочатку до стійкого негативного збудження, а надалі до органічного ураження внутрішніх органів» [2, с.150]. Таке явище спостерігається при психосоматичних захворюваннях, особливо серед школярів, як найбільш уразливих до психологічних впливів. О. Г.Асмолов називає критичні періоди „ віковими зонами найбільшої ушкодженості індивіда, в яких із найбільшою вірогідністю порушуються нормальний хід фізіологічного розвитку” [2, с. 240]. Психолог Д.Н. Ісаєв, узагальнюючи свою роботу над причинно-наслідковими зв'язками в виникненні хвороби та розвитку осо-

бистості дитини, розглядає провідну значущість соціально-психологічного фактора і стверджує, що психосоматичне захворювання виступає як «результат стійкого емоційного напруження, пов'язаного із специфічним ...особистісним конфліктом» Автор акцентує увагу на причинах виникнення конфлікту як соціально-психологічних, тобто проблемні стосунки із значущими іншими (сім'я, ровесники, вчителі, лікарі), або втрата цих стосунків [4, с.7].

Розрізняють «переживання з високою стресовою інтенсивністю та посякденні події, що трапляються часто, та наслідки яких практично не відчувуються. При цьому «неочікувані події завжди несуть в собі більш сильну стресове навантаження, ніж передбачувані події» [7, с.42]. Характер переживань тієї чи тієї події залежить, з одного боку - від його попереднього досвіду, з іншого - від конкретної ситуації, зовнішнього виду, поведінки оточуючих [7, с.44]. Можна вивести таку формулу подолання неочікуваної ситуації: досвід + ситуація = стратегія подолання чи копінг-стратегії. Таким чином, психологи використовують психологічний тренінг як засіб для підтримки сили внутрішнього опору хворобі та збільшують готовність хворого до самопомогі та відповідальності, а також активності у розширенні соціальних зв'язків та інтересів [7, с. 52]. Н. Песешкіан, узагальнюючи досвід роботи з діабетиками, розрізняє найчастіші варіанти реагування дії: механізми втечі у хворобу, роботу, самотність та фантазію [7, 52]. Такий конфлікт виникає в момент зіткнення зовнішніх навантажень та здібностей школяра, спрямованих на їх подолання. На думку Д.М. Ісаєва для психосоматичних хворих, особливо для дітей важливі «процеси подолання», що описав Р.С. Лацарус (R.S. Lazarus). Він розглядав їх як засоби хворого, що виконують контроль над ситуаціями, які загрожують, засмучують чи приносять задоволення. Процеси опану-

вання - частина афективної реакції. Ці процеси спрямовані на зменшення, відсторонення або наближення діючого стресора. Результатом оцінки є одна із трьох стратегій опанування: 1) природні активні вчинки з ціллю зменшення чи усунення небезпеки (нападіння чи втеча, захоплення чи насолода); 2) посередня або мисленева форма без прямого впливу «це мене не стосується, переоцінка» - це не так вже небезпечно; 3) опанування без афекту (контакт із транспортом, засобами техніки і т. ін.) [5, с.77].

Поняття «копінг» (рос. - «совладание», укр. - «подолання», «опанування», «давання собі ради», «підкорити собі обставини» розглядається як діяльність особистості, що спрямована на підтримку або збереження балансу між вимогами оточення та ресурсами, які задовольняють ці вимоги. Американські вчені ввели цей термін напочатку 60-х років минулого століття, щоб підкреслити людську спроможність не лише пасивно захищатися від труднощів, а й активно долати їх. Титаренко Т.М. зазначає, що копінг як індивідуальний засіб взаємодії із ситуацією відповідно до логіки обставин, значущості в житті людини, її можливостей, передбачає постійні спроби подолати зовнішні чи внутрішні вимоги, що переживаються як стресове напруження чи перевищують індивідуальні адаптивні ресурси людини. Таку здатність протистояти складним ситуаціям психолог називає стійкістю, міцністю, життєстійкістю, як системою настанов чи переконань [9, с. 6]. Копінг поведінка регулюється шляхом використання копінг-стратегій на основі особистісних та середовищних копінг ресурсів, які формуються на основі Я-концепції.

Поведінка, яка спрямована на усунення чи зменшення інтенсивності впливу стресора на особистість називається активною копінг-поведінкою. В більшості інтрапсихічні форми подолання стресу призначені для зниження емоційної напруженості раніше, ніж зміниться ситуація; розгляда-

ються як пасивна копінг-поведінка [1, с.71]. Копінг-стратегії визначаються психологами як активні, майже свідомі зусилля, спрямовані на конструктивне опанування стресової ситуації. Соціальні психологи визначають головну функцію копінг-стратегій не лише в адаптації, а у перетворенні ситуації і самого себе, тобто в розвитку, прояві власного потенціалу. В.О. Ананьєв, узагальнюючи досвід дослідження адаптаційних можливостей школярів, що страждають на психосоматичні захворювання визначив, що в структуру копінг-поведінки підлітка включаються базові та ситуативно-специфічні стратегії подолання емоційного стресу, а також особистісно-середовищні копінг-ресурси: Я-концепція, інтернальний локус контролю, емпатія та аффіліація, сензитивність до відхилення групою, сприймання соціальної підтримки тощо. [1, с.72]. Активні копінг-стратегії (розширення проблеми, пошук соціальної підтримки) та розвинуті особистісні та середовищні копінг-ресурси, що спрямовані на адаптацію та соціальну інтеграцію [1, с. 72]. Так за дослідженням, на відміну від здорових учнів в групі, школярів з психосоматичними хворобами В.О. Ананьєв визначає у частому використуванні копінг-стратегії - «дистанціювання» - 71% учнів з психосоматичними хворобами стверджують: «Старався забути все це»; «втеча- уникання» - 71% таких учнів говорять: «Хотів, щоб все це скоріше якось відбулося чи закінчилося»; «конфротативний копінг» - 68% хворих учнів визначають: «Починав щось робити, знаючи що це все одно не буде працювати: головне - робити що-небудь»). Це свідчить про те, що для досліджуваних характерні мисленнєві прагнення та поведінкові зусилля, спрямовані на втечу (чи уникнення) від вирішення проблеми, а також когнітивні зусилля спрямовані на зменшення її значущості. В групі здорових підлітків використовувались такі копінг-стратегії: самоконтроль, пошук соціальної

підтримки, прийняття відповідальності, планування рішення проблем, позитивна переоцінка. Так, виявляється, за кореляційним аналізом зв'язок показників використання копінг-стратегій та основних особистісних характеристик Я-концепції, рівня психічного здоров'я, емоційного інтелекту, показників агресії [1, с.73].

Таким чином узагальнюючи дані дослідження В.О. Ананьєв формулює наступний механізм копінг-поведінки у підлітків:

1. Структура вираженості копінг-стратегій підлітків є складною, рухливою, багаторівневою системою. В усіх школярів використовуються в поєднанні як активні, так і пасивні копінг-стратегії.
2. У групі учнів з психосоматичними розладами спостерігається низька ефективність копінг-стратегії, пов'язана з наявністю сформованих блокуючих особистісних механізмів. До них відносяться: прояв емоційних реакцій тривожно-депресивного характеру, реакції зверхконтролю, недостатній розвиток емоційного інтелекту. Ці підлітки більшою мірою схильні до дій соціально фруструючих факторів, що призводять до порушень адаптації. Погіршення психічного здоров'я, перешкоджає використанню конструктивних копінг-стратегій в поведінці. Формування «хибного кола», що підтримує високий рівень порушень психічного та соматичного здоров'я, заважає успішній адаптації та соціалізації підлітка.
3. У групі підлітків з відхиленням фізичного тіла копінг-поведінка має псевдоадаптивний характер. Можливість здійснення адаптивної поведінки є тому, що відсутні блокуючі особистісні механізми, але через слабкість особистісних копінг-ресурсів (недостатня емоційна стійкість, низька самооцінка, недостатній розвиток емоційного інтелекту) в більшості випадків поведінка має неадаптивний характер.

4. У здорових школярів спостерігається більш широкий «репертуар» копінг-поведінки. Це пояснюється відсутністю у них сформованих блокуючих особистісних механізмів, а також наявністю позитивних особистісно-середовищних ресурсів, а саме: емоційна стійкість, відкритість, позитивне сприймання учнями соціальної підтримки з боку батьків, учителів, однолітків, відсутність наявних порушень психічного здоров'я. Отримані дані дозволяють визнати їх копінг-поведінку адаптивною [1, с.73].

Звертаючи увагу на такі дослідження, робимо висновок, що діти із психосоматичними захворюваннями потребують як додаткової допомоги, так і відповідного розуміння вчителів, психологів та їх психокорекційної роботи. Узагальнюючи досвід роботи із копінг-стратегіями дітей, І. М. Нікольська та Р.М. Грановська зазначають, що для подолання та опанування важкої ситуації підліткам необхідно дотримуватись таких умов: по-перше, достатньо повністю усвідомовати труднощі, що виникли, по-друге, знайти способи ефективного опанування саме із ситуацією цього типу та, по-третє, вміти своєчасно застосувати їх на практиці [6, с.48].

Підліток може не усвідомлювати наслідків хвороби, не має належного емоційно-вольового досвіду протистояння психотравмуючим впливам хвороби та конструктивного адекватного сприйняття життєвої ситуації. Тому його негативне ставлення до хвороби, наприклад такої як діабет: заперечення, ігнорування, приховування факту наявності хвороби, зневажливе ставлення до лікування, розділення хвороби та життєвої ситуації має місце як специфічна проблема інсулінозалежної людини, яка ще фізично та психічно не готова сприймати життєву ситуацію за дійсну. Із опитувань дітей тількидесь через рік підліток усвідомлює, що діабет на все життя. Для хворого підлітка важливо усвідом-

лене поступове прийняття та усвідомлення хвороби й життєвої ситуації як утворення необхідного стилю життя. Прагнення хворого підлітка відчувати себе повноцінним таким як всі, незалежним від хвороби можна втілити у процес зміни ставлення дитини як до себе в системі самовідчуття, самосприйняття, саморозуміння, самооцінки – Я-концепції так і до життєвої ситуації в цілому, яка задає вчинкову активність. Л.Ф. Бурлачук, зазначає, що життєві ситуації можуть дуже специфічно впливати на властивості чи якості людини. На його думку мінливість особистості, її адаптація до умов оточення, що змінюються, досягається за рахунок того що кожна із якостей (в їх взаємодії із іншими!) має настільки широкий діапазон ситуаційно зумовлених проявлень, що іноді може сприйнята як наявність якості, протилежній тій, яка реально існує. Л.Ф. Бурлачук визначає, що психотерапевтичний вплив приводить вже наявні якості дитини «у відповідність із ситуацією життєдіяльності, що змінилася» [3, С.8]. Так Л.Ф. Бурлачук визначає значну роль психолога саме в тому, щоб допомогти людині знайти ресурс змін та рішення своїх проблем, стати більш гнучким у задоволенні власних потреб та у використанні здібностей. [3, с. 11].

Висновки. На початковій фазі адаптації до хвороби старі способи поведінки можуть не спрацьовувати. Головне на цьому етапі - зменшити дію нових для дитини, складних і непередбачуваних обставин; мінімізувати перебування її в незнайомому середовищі та неочікуваному фізіологічному стані. Водночас, як батьки, так і педагоги мають можливість допомогти хворій дитині в організації умов, що забезпечать процес підтримки активного взаємозв'язку із однокласниками, дорослими та враховувати їх психологічний стан. Адже формуються нові навички поведінки у життєвій ситуації хвороби, будується нова система підтримки рівноваги з оточенням, а зна-

чить - формується відповідальність дитини за власне життя. Психологи звертають увагу на значущість підтримки хворої дитини вчителем та виявлення його впевненості в тому, що вона подолає обмеження хвороби та активно виконуватиме доручення разом із однокласниками. І головне, не нагадувати дитині про хворобу, а сприяти розширенню її мотиваційної сфери. Невизначені ситуації потребують більших

знань та здібностей як від батьків, так і від підлітків для запобігання загрози наслідків хвороби або ліквідуванню їх, а також накопичуванню досвіду мобілізації внутрішніх ресурсів та готовності до нової неочікуваної ситуації. Тут необхідний зв'язок батьків, дитини та педагога, заснований на довірі та доброзичливій участі кожного.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Ананьев В.А. Практикум по психологии здоровья. Методическое пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике / Ананьев В.А. – СПб.: Речь, 2007. – 320 с.
2. Асмолов А. Г. Психология личности: Учебник / Асмолов А. Г. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – 367 с.
3. Бурлачук Л.Ф. Основы психотерапии / Бурлачук Л.Ф.: Учеб. пособие. – К.: Ника-Центр, 1999. – 320 с.
4. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия / Исаев Д.Н. – СПб.: Речь, 2004. – 384 с.
5. Исаев Д.Н. Психиатрические аспекты педиатрии. Сб. научных трудов. / Исаев Д.Н. - под ред. проф. Д.Н. Исаева, Ленинградский педиатрический мед. Институт. Ленинград, 1985г., 112с.
6. Никольская И.М. Психологическая защита у детей. / Никольская И.М., Грановская Р.М. – СПб.: Речь, 2006 - 352с.
7. Песешикиан Н. Мне ясно как справиться с диабетом. / Песешикиан Н., Захсе Г. – м.: ООО « Издательство «Уникум Пресс», ЗАО «Арт – Бизнес – Центр», 2003. -224с.
8. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. / Сандомирский М.Е. – М.: Независимая фирма «Клас», 2005. – 592 с. – (Библиотека психологии и психотерапии).
9. Титаренко Т.М. Психологічна профілактика стресових перевантажень серед шкільної молоді: Науково – методичний посібник. / Титаренко Т.М., Лепіхова Л.А. – К.: Міленіум, 2006. – 204 с.