

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра психології та соціальної роботи

ШАТКІВСЬКА Ірина Сергіївна

**Соціально-психологічна адаптованість підлітків
з психосоматичними розладами/
Social and psychological adaptability of
adolescents with psychosomatic disorders**

спеціальність: 231 - Соціальна робота
освітньо-професійна програма - Соціальна робота

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
СРзм-21
І. С. Шатківська

Науковий керівник:
Е. О. Грішин

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

"__" _____ 20__ р.

Завідувач кафедри

_____ **А. Н. Гірняк**

ТЕРНОПІЛЬ - 2023

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОЛОДОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМАТИКИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА АДАПТОВАНOSTI У ВІТЧИЗНЯНІЙ ТА ЗАРУБІЖНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

1.1. Адаптація та адаптованість: процес, властивість, стан.

1.2. Основні підходи до вивчення адаптації та адаптованості

Висновки до розділу 1.

РОЗДІЛ 2. СОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПРОЦЕС СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ.

2.1. Критерії, види та рівні адаптованості.

2.2. Психосоматичні аспекти дисплазії сполучної тканини.

Висновки до розділу 2.

РОЗДІЛ 3. МЕТОДОЛОГІЧНІ І МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТОВАНOSTI ПІДЛІТКІВ З ДСТ.

3.1. Організація та зміст дослідження.

3.2. Особливості особистісного адаптаційного потенціалу підлітків з ДСТ: емпіричний вимір.

3.3 . Структурні особливості психіки підлітків із ДСТ, диференційованих за рівнем адаптованості, у порівнянні зі здоровими підлітками.

Висновки до розділу 3.

ВИСНОВОК

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

ВСТУП

Вданий час у всьому світі спостерігається збільшення кількості людей з психосоматичними захворюваннями. Це пов'язано з багатьма причинами - спадкові та вроджені аномалії розвитку, які виникають внаслідок погіршення екології, якості та структури харчування тощо, а в Україні ще й з повномасштабною війною, яка кожен день забирає здоров'я наших людей. Вивчення психологічних особливостей осіб з психосоматичними захворюваннями, а також особливостей їх соціально-психологічної адаптації є актуальним не лише для загальної та соціальної, але і для педагогічної, клінічної психології, психології праці. Такі знання допомагають не лише краще зрозуміти таких людей і знайти найбільш гуманістичний підхід до взаємодії з ними, а й організувати процес навчання, медичної допомоги, виховання, трудової діяльності, що перебуває у руслі реалізації державної політики підвищення якості життя людей з обмеженими можливостями здоров'я.

Одним з таких захворювань є дисплазія сполучної тканини (ДСТ), що виявляється у зниженні вмісту колагену та зумовлює дисфункції різних органів та систем. В осіб із таким діагнозом окрім фізичних вад спостерігається різноманіття психологічних проблем, пов'язаних із системними клінічними порушеннями що відображається на їх спроможності адаптуватися до умов та вимог навколишнього середовища.

Зауважимо, що проблемусоціально-психологічної адаптованості осіб із ДСТ не можна розглядати лише як проблему окремо взятої особи. Хвороба багатьох людей проектується на стан суспільства в цілому, будучи причиною проблем як макро-, так і мікросоціального характеру та наслідком певного соціального та соціально-психологічного дисфункціонування. В людей з ДСТ існує складне завдання адаптуватися серед здорових людей, долаючи бар'єри спілкування, пов'язані зі стереотипами сприйняття, і компенсуючи психофізіологічні обмеження, які накладає на них хвороба. При цьому для досягнення високого рівня адаптованості необхідно уникати залежності від середовища конформної поведінки, що суттєво ускладнює це завдання.

Дані дослідників про справжні причини та поширеність ДСТ досить неоднозначні, що пояснюється нечіткістю врахування фенотипічних ознак, відсутністю комплексного підходу до осмислення проблеми тощо. Все це знижує не тільки ефективність медичної допомоги, але і нівелює справжні дані щодо поширеності патології. Практика показує, що велика кількість дітей та підлітків з ДСТ через відсутність комплексного аналізу стану їх здоров'я залишаються без діагнозу і не отримують необхідних рекомендацій щодо формування способу життя, лікування, профорієнтації. При цьому вкрай важливий соціальний аспект проблеми, тому що даний діагноз супроводжує людину все життя і з віком його ознаки посилюються, що веде до обмеження соціально-психологічних і психологічних можливостей особистості, до звуження кола спілкування та діапазону професійного вибору, непридатності до військової служби, зниження якості та зменшення тривалості життя.

Усі ці факти свідчать про безперечну перспективність у вивченні ДСТ, адже вивчення та поширення інформації про дисплазію, своєчасна корекція відхилень можуть мати не лише суттєвий соціально-психологічний, а й економічний ефект на рівні держави.

Проблемі ДСТ у нашій країні присвячено велику кількість наукових праць (Бакурідзе-Маніна В.Б., Лебеденко, Є.Є., Забара О.Ю., Канюка Є.В. та ін.), які в основному носять медичний характер і включають дослідження клінічних проявів. При цьому вкрай нечисленними є роботи, що зачіпають тему порушень роботи нервової системи, психологічних особливостей людей з таким діагнозом, не проаналізовано динаміку нервово-психічних порушень залежно від віку, статі та ступеня вираженості даного синдрому тощо.

В даний час, незважаючи на зростаючий інтерес до даної проблематики з боку фахівців, існують певні складності в постановці діагнозу ДСТ, тому часто про захворювання, як таке, починають говорити, коли дитина досягає підліткового віку. У цей період симптоми даного захворювання прогресують, що помітно знижує якість життя. Крім того, ускладнення соціальної ситуації розвитку сучасних підлітків (війна, економічна криза, політичний дисбаланс,

інформаційні перевантаження, технократизм сучасного світу тощо), підвищує вимоги до їх фізичного та психічного здоров'я. Все це змушує звернутися до більш глибокого вивчення даної проблематики.

Мета дослідження – виявити соціально-психологічні умови адаптованості підлітків з соматичними порушеннями (ДСТ), які забезпечують компенсацію психологічних обмежень, пов'язаних із діагнозом.

Загальна мета кваліфікаційної роботи конкретизується у таких **основних завданнях**:

1. Провести теоретичний аналіз проблем соціально-психологічної адаптованості у сучасній психології. Визначити її критерії, рівні та види.
2. Узагальнити дані про психологічні особливості осіб з діагнозом ДСТ та виявити ті соціально-психологічні проблеми, які можуть супроводжувати підлітків з таким захворюванням у процесі адаптації до умов навчання.
3. Порівняти соціально-психологічну адаптованість у різних групах соматичної патології та норми.
4. Виділити стратегії адаптації у досліджуваних групах підлітків.

Об'єкт дослідження – соціально-психологічна адаптованість як показник психологічного стану людини.

Предмет дослідження – особливості соціально-психологічної адаптованості у різних групах підлітків з діагнозом ДСТ.

Методи та методики дослідження:

1. Теоретичні методи: аналіз та вивчення теоретичних та практичних досліджень соціально-психологічної адаптованості у вітчизняній та зарубіжній психології.
2. Психодіагностичні методи дослідження соціально -психологічної адаптованості, особистісних якостей, механізмів психологічного захисту та копінг-стратегій (багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО-АМ); опитувальник пристосованості Х. Белла, 16-факторний опитувальник Р. Кеттела, опитувальник способів власної поведінки Р. Лазаруса - Т. Крюкова; опитувальник Плутчика - Келлермана – Конте.

Емпірична базадослідження. Дослідження проводилися на базі

„Інклюзивно-ресурсного центру № 1” Тернопільської міської ради. Вибірку склали 6 підлітків – 3, які мають діагноз ДСТ, 3 - із бронхіальною астмою (БА), ще 6 учнів без порушень здоров'я утворили групу НОРМА.

Теоретична значущість дослідження у тому, що показано необхідність дослідження соціально-психологічної адаптованості осіб із дисплазією сполучної тканини. Теоретично обґрунтовано та експериментально доведено, що існують загальні та особливі закономірності формування адаптованості у підлітків із наявністю/відсутністю соматичних захворювань. Розширено уявлення про особливості факторів соціально-психологічної адаптованості підлітків з ДСТ шляхом опису ролі різних соціально-психологічних змінних у формуванні успішної адаптації.

Теоретичні основи психології адаптації підлітків доповнені описом структурної організації особистості та стратегій долаття, властивих здоровим підліткам, підліткам з соматичними захворюваннями (ДСТ та бронхіальною астмою) з різним рівнем адаптованості, описом їх стратегій адаптацій. У роботі обґрунтовано положення про певну детермінацію рівня адаптованості як окремими соціально-психологічними факторами, так і їхньою структурною організацією.

Концептуальні положення дослідження можуть бути використані на практиці викладання базових дисциплін при підготовці бакалаврів та магістрів за напрямом «Психологія» та «Соціальна робота».

Практична значимість отриманих результатів дослідження полягає в тому, що вони можуть бути застосовані для підвищення ефективності соціально-психологічної адаптації дітей та підлітків з ДСТ за допомогою цілеспрямованого формування емоційно-особистісних факторів. Своєчасно отримана батьками та педагогами інформація про специфіку цього процесу може допомогти формуванню високого рівня їхньої адаптованості шляхом використання відповідного стилю виховання.

Методичні підходи та діагностичний інструментарій дослідження можуть бути застосовані в процесі вивчення специфіки адаптованості та

розробки практичних психологічних програм для супроводу та корекції процесу адаптації підлітків з ДСТ, здорових підлітків та підлітків з різними психосоматичними захворюваннями психологами медичних, освітніх та соціальних установ.

Матеріали дослідження можуть застосовуватися при розробці лекційних курсів та семінарських занять із соціальної, медичної та диференціальної психології у вищих та середніх спеціальних навчальних закладах. При індивідуальному консультуванні психолог-консультант може використовувати знання особистісні особливості підлітків з ДСТ розробки стратегій взаємодії.

Структура кваліфікаційного дослідження. Робота містить вступ, три розділи та висновки до них, висновок, список використаної літератури, який нараховує 74 джерела, з них – 26 іноземною мовою. Робота ілюстрована 3 таблицями. Загальний обсяг роботи 82 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОЛОДОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМАТИКИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА АДАПТОВАНOSTI У ВІТЧИЗНЯНІЙ ТА ЗАРУБІЖНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

1.1 . Адаптація та адаптованість: процес, властивість, стан.

Фундаментальними властивостями психіки багато дослідників називають її системність та цілісність. Все різноманіття психічних явищ у психології прийнято розділяти на психічні процеси, психічні стани та психічні властивості. При цьому, на думку багатьох дослідників, вони виникають і існують лише в процесі безперервного взаємодії індивіда з навколишнім світом та його дій у відповідь на такі впливи, кожна з яких зумовлена його внутрішніми умовами та індивідуальним соціальним досвідом. При цьому зв'язок психічних процесів з рухом, дією, з практичною діяльністю важливий не лише для регуляції останньої, але і для самих психічних процесів: дії людини, змінюючи обставини, в яких вони протікають об'єктивно зумовлюють їх зміст та напрямок. [28, с. 23].

Об'єктом дослідження у цій роботі є соціально-психологічна адаптованість, рівень виразності якої визначається особливостями процесу адаптації. В найбільш широкому розумінні соціально-психологічна адаптація – динамічне утворення, результат і процес пристосування до умов зовнішнього середовища, а також властивість будь-якої саморегулюючої системи (біологічної, соціальної або технічної), яке полягає у здатності пристосовуватися до змінних умов зовнішнього середовища [44].

Нашу думку, розширенню уявлень про природу соціально-психологічної адаптації та адаптованості буде сприяти опис цих явищ шляхом постановки проблематики психологічних властивостей, процесів, станів. Будучи завжди детерміновані ззовні або зсередини, психічні стани залежать у той же час від індивідуальних особливостей людини та її попередніх станів. Крім того, психічні стани відрізняє від психічних процесів інтегрованість психічних процесів різної модальності та різних рівнів (психосоматичних, пізнавальних, емоційних, поведінкових) у функціонально єдину систему, що забезпечує

адекватність дій індивіда у певній ситуації. Як зазначає з цього приводу Шльонська О.О. «...психічний стан відображає своєрідність суб'єктивних і об'єктивних умов, створених людини на цей час. Психічний стан – це реакція ситуацію»[44, с.119].

Психічний стан – це конкретна структурна організація всіх наявних в людини психічних компонентів, обумовлена цією ситуацією, і передбаченням найближчих результатів дій у ній, їх оцінкою з позиції особистісних установок та орієнтацій, цілей та мотивів усієї діяльності та передбаченням їх результатів. Таке визначення, як нам здається, найточніше відображає активність взаємодії людини як особистості з навколишнім соціальним середовищем[28].

Дана проблематика ґрунтовно висвітлена у роботах Шльонської О.О., яка, використовуючи як вихідний один із напрямків системного підходу, представляла психічний стан як систему, яка характеризується цілісністю, багаторівневістю та ієрархічністю, полімодальністю, структурою, функцією, включеністю в метасистему тощо системними якостями. У цій системі функції станів полягають у специфічному впливі їх на формування психічних властивостей та на протікання психічних процесів, а також у впливі на організацію психологічної структури особистості загалом [44].

Під час вивчення взаємовідносин психічних процесів і властивостей особистості, з одного боку, і психічних станів – з іншого, було встановлено, що перші по-різному «включені» у відносини зі станами у часі. Це дало змогу виявити низку важливих функцій станів у цілісній психічній діяльності. Так, інтегруюча функція сприяє стійкій взаємозалежності психічних процесів та психологічних властивостей, а також формуванню єдності психічного, його цілісності. Через регуляторну функцію забезпечується врівноваженість суб'єкта із соціальним та предметним середовищем та досягається адаптаційний ефект, тобто приведення психологічних особливостей суб'єкта у відповідність до вимог середовища.

Поняття психічного стану належить до базових понять психології, а дослідження його динамічних змін відображає всю складність суб'єктивного.

На рівні психічних станів відбувається інтеграція різнорівневих та різномодальних компонентів психіки. Проте доводиться констатувати, що це питання нині маловивчене і навіть понятійно-категоріальний апарат, який використовується для опису даної проблематики є доволі суперечливим.

Так, наприклад, на сьогоднішній день у контексті однієї методологічної традиції психічний стан визначається як фон для перебігу всіх психічних явищ, у рамках іншої – як інтегральна характеристика різних систем психіки. Найбільш загальним визначенням усіх психічних станів, на нашу думку, є наступне: психічний стан людини – відносно стійка структурна організація всіх компонентів психіки, що виконує функцію активної взаємодії людини як власника цієї психіки із зовнішнім середовищем, представленої в даний момент конкретною ситуацією[4].

Припустимо, що стан адаптованості переростає у властивість, що забезпечує певний рівень соціально-психологічної адаптації особистості. Зауважимо, що діяльність ми оперуватимемо терміном адаптованість, так як динамічний процес адаптації складно об'єктивувати, і більшість досліджень, у яких йдеться про процес, швидше за фіксують рівень адаптованості. У разі надійних та валідних методів діагностики можна говорити про адаптованість як властивість, а в разі ситуативного виміру – як про стан (аналогом є вимірювання реактивної та особистісної тривожності).

У вітчизняній та зарубіжній психології запропоновано різні визначення соціально-психологічної адаптації та адаптованості особистості, які потребують спеціального розгляду. Термін «адаптація» вперше було введено Г. Аубергом і набув широкого поширення як у природничих, технічних, так і суспільних науках. Він походить від пізньолатинського «adaptatio» – прилагодження, пристосування [56].

У філософському аспекті дане питання розглядалося ще за давніх часів. Так, Анаксагор (VI ст. до н.е.) у «Гіппократовій збірці» вперше намагається пояснити залежність організмів від умов життя. У ньому містяться перші медичні погляди про зміну конституції людини під впливом їжі, клімату, води, способу життя. Демокріт помітив спадковий характер змін у будові тіла і,

орієнтуючись на фізіологічну основу, дійшов висновку, що саме спосіб життя, діяльності та руху визначає специфіку та різноманіття форм та забарвлення тварин; Аристотель виділив причини форми та активності живих тіл [там само, с. 123].

У глобальному значенні соціально-психологічна адаптація є динамічним утворенням, результат і процес пристосування до умов зовнішнього середовища, а також властивість будь-якої саморегулюючої системи (біологічної, соціальної або технічної), яке полягає у здатності пристосовуватися до умов навколишнього середовища, що змінюються [28].

У сучасних підходах використовується біполярний підхід до визначення поняття адаптації: вона може бути вкрай різноманітна і варіюватися від нормальної до вкрай незадовільної і призвести або не призвести до взаємної відповідності індивіда і середовища, а може включати не тільки пристосування, але і опір, і спроби змінити себе або оточення.

Переважає більшість вітчизняних та зарубіжних авторів дають визначення соціально-психологічної адаптації як процесу взаємодії особистості та середовища [4,6, 40, 44 та ін.]. Ваценко А. В. визначає соціально-психологічну адаптацію, «як процес встановлення оптимальної відповідності особистості та навколишнього середовища в ході здійснення властивої людині діяльності, яка дає змогу індивіду задовольняти актуальні потреби та реалізовувати пов'язані з нею значущі цілі (при збереженні фізичного та психічного здоров'я), забезпечуючи в той же час відповідність психічної діяльності, поведінки вимогам середовища» [4]. Представники гуманістичного напрямку зарубіжної психології А. Маслоу та Г. Оллпорт також розглядають дане явище як складний динамічний процес взаємодії особистості та соціального середовища, який призводить до оптимального співвідношення їх цінностей [59]. Так, А. Маслоу зазначає, що «внаслідок неузгодженості особистісно-значимих цінностей із сприйняттям реальної соціальної ситуації виникає конфлікт. Стан переживання спонукає особистість до активності щодо його усунення. В результаті відбувається не тільки усунення переживань у свідомості індивіда, а й з'являються зачатки

практичних дій щодо подолання неприємної ситуації» [59, с. 43].

Схожі думки зустрічаються в роботах інших авторів. Так, на думку Hoskey G.R. під час соціально-психологічної адаптації, яка розглядається як процес входження людини всистему внутрішньогрупових відносин, необхідне вироблення зразків мислення та поведінки, які відображають систему цінностей і норм цієї групи, її здобутків, закріплення та розвиток умінь і навиків міжособистісного спілкування у ній [56]. При цьому автор вважає найважливішим компонентом цього процесу узгодження самооцінок, домагань і очікувань суб'єкта з його можливостями і реальністю соціального середовища, оскільки «...через відповідність потреб особистості та вимог навколишнього середовища виникає конфлікт, що породжує стан тривоги» [56, с. 156]. Автор підкреслює, що «психологічна адаптація визначається активністю особистості і постає як єдність акомодатії (засвоєння правил середовища, «уподібнення» їй) та асиміляції («уподібнення» собі, перетворення середовища), звідси – адаптивна і одночасно адаптуюча активність самої особистості» [там само].

Бохонкова Ю. О. також надають велике значення активності особистості в адаптаційному процесі, підкреслюючи роль усвідомленого вибору людини, оскільки він «при прагненні мати зосередженням безконфліктні відносини», оцінює «...події з позиції одержуваних придбань і втрат, вирішує, до яких із них йому слід пристосовуватися, які вони може ігнорувати, а з якими необхідно вступати в протиставлення» [1, с. 89]. Булах І. розвиваючи ідею про активну поведінку людини в процесі адаптації, висловлює думку, що «кожна особистість характеризується комбінацією прийомів, що дають змогу справлятися з труднощами, і ці прийоми можуть розглядатися як форми соціально- психологічної адаптації (adaptation) [3, с. 94].

Фурман А.В. зазначає, що соціально – психологічна адаптація являє собою: а) процес і результат активного пристосування індивіда до видозміненого середовища за допомогою найрізноманітніших інтеріоризованих соціальних засобів (дії, вчинки, діяльність); б) компонент дієвого ставлення індивіда до світу, провідна функція якого

полягає в оволодінні ним порівняно стабільними умовами і обставинами свого буття; в) складову осмислення і розв'язання типових репродуктивних задач і проблем завдяки соціально прийнятним чи ситуативно можливим способам поведінки особистості[42].

На відміну від поняття «пристосування» (adjustment), яке стосується того, як організм пристосовується до вимог специфічних ситуацій, адаптація належить до більш стабільних утворень – добре організованих способів справлятися з типовими проблемами, до прийомів, які кристалізуються шляхом використання послідовного набору інструментів та засобів» [35].

О.М. Гомонюк підкреслює важливість вироблення прийомів подолання при адаптації і вважають, що це процес змістовно є активним при формуванні стратегій подолання стресогенної ситуації за допомогою механізмів різних рівнів регулювання. Крім того, у своїх дослідженнях вона вказала на системотворчу функцію адаптації, що визначає інтенсивність і спрямованість активаційно-енергетичних, когнітивних та емоційно-оцінних процесів, які забезпечують діяльність особистості, виступають мотиваційно-вольові стратегії [38]. Зауважимо тут, що у медичній літературі адаптація сприймається як відповідність поведінки й реальних досягнень хворого соціальним нормам, як наслідок його *пристосування* до суспільства, а не як наслідок його цілеспрямованої активності. При цьому «адаптована психічна діяльність є найважливішим фактором, який забезпечує людині стан здоров'я» [18, с. 67].

Інша частина авторів щодо соціально-психологічної адаптації особистості робить акцент на її результаті – *адаптованості*. Так, Ваценко А. В. розуміє під адаптацією «..той соціально-психологічний процес, який при сприятливому перебігу обставин приводить особистість до стану *адаптованості*» [6]. При цьому цей стан він характеризує як «...стан взаємин особистості та групи, коли особистість без тривалих зовнішніх та внутрішніх конфліктів продуктивно виконує свою провідну діяльність, задовольняє свої соціогенні потреби, йде назустріч тим рольовим очікуванням, які пред'являє до неї еталонна група та переживає стан самоствердження»[там само, с. 23].

Гринчук О.І. під соціально-психологічною адаптацією розуміють включеність особистості в соціальне середовище через набуття статусу, місця в соціальній структурі суспільства, що є необхідною умовою функціонування суспільства, як єдиного соціального організму [5].

Відтак, адаптованість – оптимальна реалізація внутрішніх можливостей, здібностей людини та її особистісного потенціалу у значимій сфері життєдіяльності. Як основні функції соціально-психологічної адаптації особистості в соціальному середовищі позначається формування засобів, перебування умов і форм для вільного прогресивного розвитку особистості. Комар Т.О. під адаптованістю розуміє не тільки «приспосованість індивіда до соціальних умов і сформованість у нього соціальних якостей спілкування, поведінки та діяльності, прийнятих у суспільстві», а й «реалізацію його потреб, інтересів і прагнень, самоствердження та розвиток індивідуальності». При цьому «...ефективність соціально-психологічної адаптації істотно залежить від того, наскільки адекватно він сприймає себе і свої соціальні зв'язки: спотворене чи недостатньо розвинене уявлення про себе веде до порушень адаптації» [11].

Родіна Н.В. визначає адаптованість як «ступінь відповідності психічних можливостей людини вимогам діяльності у заданих умовах» [34]. Пшук Н. Г., даючи визначення соціально-психологічної адаптації як «складного, багаторівневого та ієрархічно організованого процесу взаємодії особистості та соціального середовища», характеризує адаптованість як «оптимальне співвідношення цілей і цінностей особистості та середовища, реалізацію внутрішньоособистісного потенціалу в конкретних умовах життєдіяльності при сприятливому емоційному самопочутті» [32]. На думку автора, у процесі взаємодії із середовищем особистість отримує інформацію, яка суперечить її настановам. Розузгодженість між установками особистості та образом реальної ситуації призводить до стану дискомфорту, що, своєю чергою, спонукає індивіда до дії. Про ступінь адаптованості особистості свідчить актуалізація реакцій індивіда, обумовлена інтенсивністю його переживань [там само].

У зарубіжній психології значного поширення набуло необіхевіористське

визначення адаптації, яке, відповідно до позиції А. Айзенка та його послідовників, адаптація визначається двояко: 1) як стан, у якому потреби індивіда, з одного боку, і вимоги середовища – з іншого, повністю задоволені; 2) процес, з якого цей гармонійний стан досягається, як процес фізичних, соціально-економічних чи організаційних змін у специфічно-груповій поведінці, соціальних відносинах чи культурі [58].

Таким чином, різні визначення соціально-психологічної адаптації, як і її якісно своєрідні змістовні компоненти, можна розмістити між полюсами найбільш загального (взаємодія індивіда з середовищем) і конкретного, специфічного в цій взаємодії (характеристики соціального середовища, засвоєння норм та цінностей групи, освоєння системи діяльності та міжособистісних відносин). При цьому сутністю соціально-психологічної адаптації є поєднання стійкості (збереження ідентичності, тотожності організму самому собі) та мінливості (розвитком, досягненням нових станів), яке здійснюється на рівні способів взаємодії індивіда з середовищем на рівні адаптивних механізмів.

Поняття, які найчастіше зустрічаються при спробі змістовно наповнити визначення соціально-психологічної адаптації, є наступні: "взаємодія індивіда з середовищем", "задоволення потреб індивіда", "включення в систему міжособистісних відносин", «самореалізація індивіда», «засвоєння і цінностей суспільства», «вироблення зразків поведінки та спілкування».

1.2. Основні підходи до вивчення адаптації та адаптованості

У зарубіжній психології адаптація розглядалася переважно в контексті взаємовідносини індивіда із соціальним та культурним середовищем. Залежно від того, якого теоретичного спрямування дотримуються автори, пропонуються різні визначення і процесу та стану адаптації. Оцінюючи внесок зарубіжної психології у загальнонаукове розуміння соціально-психологічної адаптації особистості, розглянемо три основні напрями.

Так, психодинамічний напрямок визначає соціально-психологічну адаптацію як результат, що виражається в гомеостатичній рівновазі особистості з вимогами середовища. Її зміст при цьому описується за допомогою формули: конфлікт – тривога – захисні реакції [41]. Ступінь адаптованості особистості при даному підході визначається характером її емоційного самопочуття, сприймається як переживання тривоги, що виникає через неузгодженість біологічно зумовлених потреб індивіда та його моральних установок, що відображають вимоги соціального середовища. Виходячи з даного критерію, виділяють два рівні: адаптованість та неадапованість. Перший характеризується відсутністю тривоги у індивіда, другий – наявністю клінічного прояву тривоги [там само, с. 98]. Дія захисних реакцій має неконструктивний характер, т.к. знімає тривогу лише у уявленнях індивіда, реально забороняючи конфліктну ситуацію.

Психоаналітики проводять різницю між адаптацією як процесом та адаптованістю як результатом цього процесу. У процесі адаптації активно змінюється як особистість, і середовище, у результаті встановлюються відносини адаптованості, а адаптаційний процес регулюється із боку «Я». У цьому напрямку виділяються алопластична та аутопластична види адаптації, які представляють дві сторони одного процесу. Перша пов'язана з тими змінами зовнішнього світу, які виробляє особистість у зовнішньому середовищі для приведення її у відповідність зі своїми потребами, а друга – зі змінами особистості, за допомогою яких вона пристосовується до середовища. Німецький психоаналітик Dorner P. додає ще один різновид адаптації: пошук середовища, сприятливого для функціонування особистості. Він визнає, що не всяка адаптація є конфліктною [53]. А. Адлер, аналізуючи проблему адаптації, наближається до прибічників гуманістичного спрямування. Згідно з його уявленнями, дитина в процесі пристосування до світу в чомусь постійно їй поступається. З цієї причини в неї розвивається почуття неспроможності, яке є рушійною силою розвитку та визначає типи адаптації у навколишньому середовищі. Е. Еріксон висуває гіпотезу про взаємне, безперервне пристосування індивіда та суспільства. К. Хорні наголошує на соціокультурні

детермінанти і заперечує, що люди мотивовані переважно інстинктами. Здорова особистість, що легко адаптується, формується, на думку авторки, за обов'язкової наявності безумовної любові в дитинстві [70].

Таким чином, у рамках психоаналітичного підходу соціально-психологічна адаптація розглядається як процес конфліктної взаємодії особистості та соціального середовища, і одночасно як результат цього процесу, що має дві модальності: адаптованість та дезадаптація. Відмінність з-поміж них – у ступеня вираженості показника емоційного самопочуття, трактованого як рівень тривожності.

У рамках біхевіорального напрямку підхід у вивченні адаптації особистості пов'язаний із когнітивістською орієнтацією у соціальній психології. Об'єктом дослідження засновників когнітивної психології А. Елліса та А. Бека є сфера мислення, зміни в якій впливають на емоційну сферу та адаптованість загалом. М. Махоні розглядає особистісні проблеми як проблеми наукові, та пропонує програму психокорекції з метою підвищення рівня адаптованості. У вивченні адаптації чималий внесок вніс Л. Фестінгер своєю теорією когнітивного дисонансу. Процес соціально-психологічної адаптації у межах цієї теорії описується тричленною формулою: конфлікт – когнітивний дисонанс (дискомфорт, загроза) – редукція когнітивного дисонансу (реакції пристосування). У разі відсутності переживання загрози передбачається високий рівень адаптованості, виражений емоційний дискомфорт говорить про низький рівень (деадаптацію) [70, с. 126].

Для інтеракціоністів адаптивність проявляється у вигляді двох різних відповідей на вплив середовища: 1) у прийнятті та ефективній відповіді на ті соціальні очікування, з якими людина зустрічається у відповідності зі своїми поглядами та статтю; 2) у прийнятті соціальних норм, а й у гнучкості, ефективності під час зустрічі з новими іпотенційно небезпечними ситуаціями, і навіть у здатності надавати подіям бажане собі напрям [там само, С. 154].

Представники гуманістичного напрямку розуміють мету адаптації як «досягнення позитивного духовного здоров'я», що передбачає у суб'єкта, що адаптується, розвиток певних особистісних характеристик. Найбільший

внесок у розвиток даного підходу зробили А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл та ін. наслідки зменшення напруги [61]. Безперервне зростання та розвиток особистості проголошуються атрибутивними моментами її існування. Процес соціально-психологічної адаптації у руслі цього підходу описується формулою: конфлікт – фрустрація – акти пристосування. При цьому фрустрація розглядається як перешкода на шляху досягнення мети. Актами пристосування вважаються поведінкові реакції індивіда конструктивної та неконструктивної спрямованості. Критеріями конструктивної поведінки (копінг-реакцій), за А. Маслоу, є: усвідомленість проблем, спрямованість на їх вирішення при чіткому поданні мети та засобів, детермінація їх внутрішніми цінностями та вимогами соціального середовища. Неконструктивні реакції (агресія, регресія, фіксація тощо) є наслідком недостатньої усвідомленості проблем особистістю і спрямовані лише на усунення неприємних переживань конфліктної ситуації зі свідомості без реального вирішення проблем [61, с. 97]. Таким чином, у зарубіжній психології існує безліч підходів та поглядів на феномен адаптації: адаптація розглядається як співвідношення змін середовища та особистості (психоаналітичний напрям), як показник рівня розвитку когнітивної сфери (біхевіоризм), як адекватна продуктивна результативність (інтераціоналізм), як складний динамічний процес взаємодії особистості та середовища, що призводить до оптимального співвідношення цінностей особистості та середовища (гуманістичне спрямування).

У роботах вітчизняних авторів проблема соціально-психологічної адаптації особистості розглядається в численних прикладних аспектах з різних позицій. Автори проектують її на різні різні сфери: на особистісні якості та структуру особистості в цілому, на відповідність актуальних потреб рівню їх задоволення, на специфіку взаємодії, на активність особистості, на реалізацію особистісного потенціалу та засвоєних цінностей. Частиною авторів поняття соціально-психологічної адаптації особистості розглядається через призму співвідношення з поняттям соціалізації та розвитку особистості. При цьому одні з них вважають, що процес адаптації постійний, інші ж

переконані, що особистість «починає здійснювати адаптивні процеси у випадках, коли виявляється у проблемних ситуаціях».

Соціально-психологічна адаптація особистості також досліджується авторами у різних сферах виробничої діяльності, у навчальній діяльності в школі та ЗВО. Низка робіт [1; 3; 5; 6 та ін.] присвячена дослідженню адаптації особистості в малих групах в умовах тривалої ізоляції від звичного соціального оточення, адаптації та особистості до екстремальних і змінних умов природи та соціального середовища. Важливе соціальне та економічне значення мають роботи з дослідження професійної адаптації фахівців.

Оскільки наше дослідження спрямоване на вивчення медико-психологічних аспектів адаптації, особливо наголосимо на значущості подібних досліджень у вітчизняній психології. Спільним для всіх авторів у аналізі проблеми соціально-психологічної адаптації є положення про взаємну детермінацію індивідуального та соціального при взаємодії особистості та суспільства.

На думку Булах І., адаптаційну концепцію можна розглядати як один із перспективних підходів до комплексного вивчення людини. У загальній системі психічної адаптації він виділяє власне психічний, соціально-психологічний і психофізіологічний аспекти, які можна оцінювати як окремі підсистеми, які потрібно все ж розглядати у єдності [3]. Отож, специфіка процесу адаптації особистості полягає в тому, що в ході своєї життєдіяльності вона зіштовхується з необхідністю активного пристосування до різних елементів соціального середовища, а саме до її соціально-психологічних, культурних, професійних, побутових та інших характеристик. Звідси прийнято говорити про різні види адаптації: виробничу, міжкультурну, професійну тощо. Деякі автори стверджують, що всі види адаптації взаємопов'язані, а виділення різних видів та рівнів адаптації достатньо штучно і служить цілям наукового аналізу та опису цього явища [35].

Титаренко Т. М. розглянула процеси адаптації у тих подолання особистістю важкої життєвої ситуації. Зміна умов життєдіяльності (втрата тих

чи інших цінностей), на її думку, дезорганізує психічну діяльність і викликає необхідність у пошуках більш ефективних форм поведінки, які відповідають ситуації. Нею сформульовано важливе методологічне положення про необхідність урахування попереднього життєвого досвіду суб'єкта (особистісний потенціал) при дослідженні форм поведінки, що володіють [39].

Кожина Г. М., залучаючи поняття зовнішніх і внутрішніх конфліктів, стверджує, що успішність соціально-психологічної адаптації особистості та пов'язаних із нею внутрішньоособистісних конфліктів визначається здатністю здійснювати конструктивні стратегії поведінки у утруднених життєвих ситуаціях. Проблема соціально-психологічної адаптації також розглядається ним через призму тактик справляє поведінки, під яким розуміється індивідуальний тип реагування на умови середовища, що змінилися [14].

Проблему соціально-психологічної адаптації глибоко вивчив Hoskey G.R., акцентуючи увагу на інформаційно-інтелектуальній адаптації, коли вирішальне значення має семантична адекватність індивідуальної інтерпретації інформації. Будь-яка суттєва зміна параметрів середовища проживання і діяльності потребує переосмислення ситуації та мотивує суб'єкта на пошук нової інформації як основи для інтерпретації ситуації та конструювання прийнятної адаптивної стратегії. Остання є системою соціальних, психологічних, інформаційних прийомів, за допомогою яких особа отримує можливість інтерпретативного конструювання адаптаційного простору [58].

Даючи характеристику процесу соціально-психологічної адаптації, оцінюючи цей процес як взаємний усім рівнях і системах, О. В. Кузнецова зазначає, що вона представляє, на відміну біологічної адаптації, єдність пристосувальної і перетворювальної діяльності. Вирішальне значення, на думку автора, має остання [40].

В цілому, вітчизняними психологами як специфічні особливості соціально-психологічної адаптації відзначається активна участь свідомості, вплив трудової діяльності людини на середовище, активна зміна людиною результатів своєї адаптації відповідно до умов буття, а успішний характер

адаптація носить при збереженні стійкості об'єкта, придбанні нової якості внаслідок мінливості та розвитку адаптивних механізмів.

Наведені нами підходи до дослідження проблем адаптації в рамках психологічних концепцій не розкривають суть усіх існуючих в даний час понять даного явища. Однак спільним, на нашу думку, для більшості позицій і напрямів є те, що адаптація існує у двох формах: як процес пристосування до середовища та досягнення гармонійної рівноваги, і як результат цього процесу, чи адаптованість.

Висновок до розділу 1.

Отож, аналіз робіт дослідників, що займаються проблемами соціально-психологічної адаптації, показав, що можна виділити два базові варіанти розуміння сутності явища адаптації, в основу яких покладені відмінності за ознакою відносин суб'єкта та об'єкта адаптації:

1) процес психологічної адаптації може супроводжуватись внутрішньоособистісними конфліктами, подолання яких багато в чому визначається особистісним адаптаційним потенціалом; 2) соціально-психологічна адаптація представляє складний системний процес, у якому активна перебудова ціннісно-сміслової сфери є провідним показником розвитку особистості та формування оптимального способу її життєдіяльності в нових соціальних умовах.

Особливості процесу адаптації визначаються психологічними властивостями людини, зокрема рівнем її особистісного розвитку, що характеризується досконалістю механізмів особистісного регулювання поведінки та діяльності. Процес адаптації спрямований на досягнення такої рівноваги між особистістю та середовищем, в результаті якого вона може не лише «пристосуватися» і досягти «стійкості», але й здатна розкрити свій потенціал, здійснити позитивні перетворення середовища.

РОЗДІЛ 2. СОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПРОЦЕС СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ.

2.1. Критерії, види та рівні адаптованості.

Проблема критеріїв оцінки ефективності адаптації як системного процесу гостро виникає під час розробки програми психологічної діагностики, профілактики та корекції адаптаційних розладів.

Усі дослідники відзначають ознаки та особливості, властиві адаптивним процесам. Питання визначення критеріїв адаптованості, як результату адаптації, присвячено чимало досліджень. Є автори, які пропонують використовувати розгорнуті системи, але більшість дослідників виділяють два – три критерії адаптованості. Так, у роботах інтеракціоністів наводяться характеристики адаптивної поведінки, як яких виступають успішне прийняття рішень, ясне визначення свого майбутнього та прояв ініціативи. Fuller J. L. вважає, що ознаками ефективної адаптованості є: 1) успішність у сфері особистих відносин, де встановлюються інтимні, емоційно-насичені зв'язки з людьми; наявність емпатії, знань мотивів людської поведінки, здатності точно відбивати зміни у взаєминах; 2) ефективність у сфері позаособистісної соціально-економічної активності, в якій людина досягає запланованого ним рівня [56].

Психоаналітична школа як критерій адаптованості розглядає ситуацію, при якій у людини не порушено її продуктивність, психологічну рівновагу і здатність насолоджуватися життям.

Як основний критерій адаптованості в гуманістичному напрямі психології висувається критерій ступеня інтеграції особистості та середовища, допоміжного – критерій «емоційного самопочуття».

Вітчизняні психологи основними критеріями адаптованості визнають емоційне самопочуття особистості, задоволеність результатами діяльності [35; 40; 42 та ін.] Автори вказують на те, що показником успішної адаптації на індивідуальному плані може бути стан психічного здоров'я людини, у популяційному – рівень біологічного відтворення певної етносоціальної групи, т.к. ці показники визначають життєздатність і виживання індивіда та групи.

Бохонкова Ю. О. як критерії адаптованості особистості називає наявність у особистості адаптивних і неадаптивних для даної соціальної середовища потреб і мотивів [1], а Булах І. розглядає такі показники успішності адаптації, як адекватна самооцінка, задоволеність якістю міжособистісних відносин [3].

Гринчук О.І. виділяє такі критерії адаптованості:

1) об'єктивні: навчальна адаптованість (ефективність, успішність навчально-професійної діяльності), службово-дисциплінарна адаптованість (успішність виконання службових завдань), мікросоціальна адаптованість (авторитетне становище у колективі, досить високий статус, відсутність конфліктів із товаришами по службі);

2) суб'єктивні: задоволеність своїм навчально-професійним статусом (збереження інтересу до навчання, професії), позитивно-конструктивне ставлення до взаємин у колективі, наявність адекватної, досить високої самооцінки [5, с. 71].

Ваценко А. В. як критерій оцінки рівня соціально-психологічної адаптованості розглядали задоволеність матеріальним становищем, житлово-побутовими умовами; стосунками з батьками, друзями; місцем проживання; проведенням дозвілля; чином життя [6].

О.Д. Литвиненко. оцінює соціально-психологічну адаптацію за такими критеріями, як нервово-психічна стійкість, принцип міжособистісних контактів (конфліктність), досвід спілкування (товариськість), моральна орієнтація, групова ідентифікація (орієнтація на дотримання вимог колективу) [8]. А Комар Т.О. критеріями адаптованості студентів вважає: 1) об'єктивні результати навчальної діяльності; 2) ступінь інтеграції особистості з колективом та соціальний статус учнів; їх громадську активність; 3) ступінь реалізації внутрішньоособистісного потенціалу; 4) емоційне самопочуття; невротичних реакцій [11].

Кожина Г. М. пропонує розділити критерії соціально-психологічної адаптації на об'єктивні та суб'єктивні. До перших відносять продуктивність діяльності, реальне становище у колективі, показниками яких є професійно-кваліфікаційне зростання, стаж роботи, успішність, стан здоров'я.

До суб'єктивних критеріїв належить задоволеність особистості різними аспектами життя і собою; відчуття емоційного та фізичного комфорту [13].

Пшук Н. Г. вважає, що основними критеріями адаптованості є: 1) конструктивне вирішення проблем, що передбачає активну позицію особистості щодо середовища та використання стратегії саморозкриття, орієнтованої на творче перетворення середовища проживання та реалізацію власних можливостей, індивідуального життєвого ресурсу; 2) наявність у свідомості особистості чітких життєвих планів, цілей та засобів їх досягнення; 3) достатній рівень розвитку всіх основних сторін особистості, задоволеність відносинами життєво значимих сферах міжособистісної гармонійної взаємодії [32].

Успішним, на нашу думку, є підхід Родіної Н.В. до критеріїв адаптованості. Авторка пішов шляхом створення інтегративної моделі двох напрямів досліджень соціально-психологічної адаптації у вітчизняній психології. Перший, в основі якого лежить концепція діяльності, визначає адаптацію особистості як активне засвоєння особистістю соціального досвіду, оволодіння навичками спілкування, соціальними ролями. Другий напрямок у дослідженні адаптаційного процесу базується на теорії психічного як процесу. Автори, вивчають адаптацію особистості з позицій цього підходу, визначають її поняття «психологічної включеності» особистості соціальне середовище. На основі такого трактування була створена цілісна та досить повна система критеріїв адаптованості. Вона включає: 1) вихідні параметри діяльності особистості; 2) ступінь інтеграції особистості з макро- та мікросередовищем; 3) ступінь реалізації внутрішньоособистісного потенціалу; 4) емоційне самопочуття [34].

Наголошуючи на успішності підходу О.М. Гомонюк пропонує власну модель соціально-психологічної адаптації. Побудова її базується на виділенні внутрішніх та зовнішніх критеріїв адаптованості. Внутрішні критерії він пов'язує з психоемоційною стабільністю, особистісною комфортністю, станом задоволеності. Зовнішні ж відображають відповідність реальної поведінки особистості установкам суспільства, вимогам середовища, прийнятим у

соціумі правилам і критеріям нормативного поведінки. Важливим фактором соціальної адаптованості (за внутрішніми та зовнішніми критеріями) автор вважає розвинену соціально-психологічну толерантність особистості, яка попереджає розвиток когнітивного дисонансу та дезадаптацію особистості [38].

Соціально-психологічна адаптованість передбачає наявність у суб'єкта певних навичок та способів взаємодії. Такими, на думку Шльонської О.О., є: вільне володіння вербальними та невербальними засобами соціальної взаємодії; усвідомлення довкілля; усвідомлення своїх потреб; здатність впливати на середовище з метою їхнього задоволення. Важливою характеристикою індивіда є можливість усвідомлювати свої стереотипи у сприйнятті інших, реакції перенесення, свої проєкції та інтроекції; самостійність у стресових ситуаціях; установки на активну взаємодію із соціальним середовищем; ухвалення соціальної ролі. Крім того, до навичок та способів адаптивної поведінки належать уміння конструктивно вирішувати конфліктні ситуації, здатність брати відповідальність за свої вчинки, прояви [46].

Вибір критеріїв адаптованості різними авторами багато в чому визначається теоретичною концепцією адаптації, у межах якої цей вибір здійснюється. На переконання переважної більшості дослідників, лише критерій включеності індивіда в процес суспільних відносин не є надійним показником при визначенні ефективності та стійкості адаптації. Хоча суб'єктивно переживане індивідом почуття задоволеності характером цих відносин та об'єктивно реєстровані зовнішні прояви такої задоволеності, безсумнівно, є найважливішими критеріями ефективності адаптації.

Аналізуючи дослідження адаптації у різних авторів, авторка приходить до висновку, що цей процес полягає в побудові складної системи, у якій з'являються нові інтегральні якості. Погляд адаптацію, як у системний процес, передбачає дослідження процесу адаптації та її результату – адаптованості особистості – всіх рівнях: біологічному, психофізіологічному, психологічному, соціально-психологічному, соціальному, а також інтегральних якостей нової

системи [46].

Описати детально все різноманіття адаптивних моделей поведінки особистості неможливо, оскільки кожна людина є унікальною. Тим не менш, за всім цим різноманіттям стоять типові способи використання людиною внутрішніх і зовнішніх ресурсів для задоволення значних потреб у процесі взаємодії з соціумом. Наявність критеріїв дозволяє виділяти різні *види адаптації* та *рівні адаптованості* особистості.

У першому випадку ми розуміємо структурно організовану сукупність щодо стійких соціально-психологічних характеристик особистості, які забезпечують реалізацію життєво важливих потреб. Більшість людей виявляють різні види адаптації у різних ситуаціях, але в однієї людини певний вид переважає. Різні види соціально-психологічної адаптації пропонуються вітчизняними та зарубіжними авторами[1; 3; 6; 46; 58 та ін.]. При аналізі запропонованих типологій ми схильні погодитися з позицією, яка підтримує думку про існування трьох основних типів адаптації: 1) активність людини спрямована на перетворення середовища відповідно до своєї власної картини суб'єктивної реальності. Цей тип адаптації обумовлений мотивом прагнення переваги і проявляється у прагненні панувати, домінувати, володіти; 2) активність людини спрямована на пристосування до середовища. Мотивом є прагнення самовдосконалення, тут стверджується цінність самозміни; 3) вид адаптації, пов'язаний з відходом із середовища. Він актуалізується, якщо не вдалося реалізувати два попередні види адаптації, і пов'язаний із змінами у внутрішньому, особистісному психологічному сенсі з метою збереження своєї психічної цілісності та суб'єктивної цінності [52].

Носкеу G.R. ділить соціально-психологічну адаптацію на *нормальну*, *девіантну* та *патологічну* [58]. Нормальна адаптація – такий адаптаційний процес особистості, що призводить до її стійкої адаптивності у типових проблемних ситуаціях без патологічних змін її структури і водночас без порушення норм тієї соціальної групи, у якій протікає активність особистості. Існує три типи нормальної адаптації: захищена; незахисна; змішана. Захисна адаптація – це ті дії особистості, які здійснюються за допомогою захисних

механізмів (агресії, раціоналізації, регресії, проекції та інших), якщо ці механізми не стали патологічними. Ці процеси проходять без використання захисних механізмів, а за допомогою пізнавальних операцій, механізмів цілепокладання, групових соціально-психологічних процесів та вирішення завдань, різних форм соціальної поступливості (наприклад, конформної поведінки, але без захисних механізмів) тощо. Змішана адаптація відбувається, коли особистість частково фрустрована, але постає перед конструктивними завданнями, що з її соціальними ролями. Тоді можуть одночасно або будь-якої послідовності актуалізуватися або захисні, або когнітивні механізми. Те, наскільки ефективно і швидко впорається людина з завданням, що стоїть перед ним, залежить від вдалого поєднання та застосування обох видів адаптації.

Девіантна адаптація – це ті процеси соціальної адаптації особистості, які забезпечують задоволення потреб індивіда в даній групі за умови, що очікування інших учасників соціального процесу не виправдовуються такою поведінкою. Виділяють два типи девіантної адаптації: неконформістська та новаторська.

Неконформістська адаптація – це такий процес, завдяки якому особистість долає внутрішньогрупову проблемну ситуацію незвичайними для членів цієї групи способами, і внаслідок цього виявляється у конфліктних відносинах з нормами групи та їх носіями, так як останні відчують постійну фрустрованість, пов'язану з реалізацією людиною неконформістської адаптації. В даному випадку особистість може або виявитися виключеною із соціального оточення, або створювати навколо себе зону постійної напруги та конфліктів. Новаторська адаптація – це дії творчої особистості, якій тісно у існуючих рамках, і яка перетворює суспільство відповідно до своїх переконань. При цьому людина повинна мати дуже високий рівень активності і в той же час стійкість до впливів оточуючих, високу особистісну силу, особистий потенціал.

Патологічна адаптація, за визначенням Комар Т.О., це такий соціально-психічний процес, який повністю або частково здійснюється за

допомогою патологічних механізмів і форм поведінки, і призводить до утворення патологічних комплексів характеру, що входять до складу невротичних та психотичних синдромів[11].

На наш погляд, з усього різноманіття видів адаптацій найбільш застосовною до теми нашого дослідження є нормальна адаптація. Для розуміння важливо враховувати також її спрямованість: зовнішню і внутрішню. Зовнішня адаптація полягає в процесі пристосування до зовнішніх ситуацій та здійснюється шляхом їх збереження чи усунення. Внутрішня може прямувати на різні цілі: це може бути вирішення внутрішніх конфліктів і проблем особистості, освоєння та приєднання нового адаптивного механізму до вже наявних в арсеналі людини, або пристосування адаптивного механізму до всієї структури особистості. Види внутрішньої та зовнішньої адаптації досліджує Кожина Г.М. У її роботі класифіковано стратегії адаптивної поведінки за трьома умовами: контактність (контактна або уникаюча стратегія), активність (активна) або пасивна стратегія), спрямованість змін (на середовище чи на себе) [14]. Теоретично сформовано вісім стратегій індивідуальної поведінки, кожна з яких характеризується цими трьома якостями.

1. Активна зміна середовища (активне, контактне, спрямоване зовні). Для першої стратегії характерне прагнення активно впливати на середовище чи партнера з метою змінити їх, «пристосувати» до своїх особливостей та потреб. Ця стратегія передбачає широкий арсенал коштів і може реалізуватися через активний тиск на партнера, перетворення середовища, і навіть різні види маніпуляції.

2. Активна зміна себе (активна, контактна, спрямована всередину). Друга стратегія будується на активній зміні себе таким чином, щоб середовище перестало сприйматися як фруструюче. Такий ефект може досягатися через зміну сприйняття ситуації, системи потреб та цінностей, відпрацювання адекватних форм поведінки та реагування. Ця стратегія передбачає (на відміну стратегії пасивного підпорядкування) саме свідомо і довільно досягнуті зміни у собі. Як правило, такі зміни стійкі та пов'язані з

внутрішньою перебудовою особистості.

3. Третя стратегія є прямим відходом індивіда із ситуації з метою пошуку нового середовища, яка б більш гармоніювала з його властивостями. Людина уникає контакту з фруструючим оточенням і зосереджує сили на пошуку нового, більш прийняттого. І тут можливі зміни місця проживання, роботи, навчання, кола друзів тощо.

4. Уникнення контакту з середовищем і занурення у внутрішній світ (активна, уникаюча, спрямована всередину). Можна уникнути контакту з фруструючим середовищем, фізично не віддаляючись від нього, але при цьому замикаючись у внутрішньому, «своєму» світі. Прояви такої стратегії досить різноманітні та включають, зокрема, пошук альтернативи реальному світу у власних фантазіях, а також у релігійних та філософських системах. Стратегія характеризується концентрацією на внутрішніх станах та переживаннях, може супроводжуватися психологічним придушенням, витісненням фруструючих факторів, використанням психоактивних засобів (алкоголю, наркотиків) зміни внутрішнього стану.

5. Пасивна репрезентація себе (пасивна, контактна, спрямована зовні). Прагнення самоствердитись, відстояти своє «Я» часто реалізується через стратегію пасивної репрезентації себе. Вона виявляється у впертій демонстрації своєї позиції. Як правило, тут відсутня активність, спрямована на зміну ситуації: людина не прагне впливати на партнера і відмовляється від перегляду своєї власної позиції. Випадки прихильності до жорстких життєвих принципів, упертість і іноді фанатизм є проявами п'ятої стратегії адаптивної поведінки.

6. Пасивне підпорядкування умовам середовища (пасивна, контактна, спрямована всередину). Шоста стратегія визначається тенденцією до пасивного підпорядкування умов середовища. Зміни відбуваються під впливом впливу ззовні, без самостійного свідомого аналізу ситуації і в більшості випадків не припускають глибокої особистісної перебудови. Найяскравіший прояв цієї стратегії – зовнішнє конформне поведінка. Стратегія може виявлятися у формі пасивної згоди із зовнішніми вимогами,

поступливості, підпорядкування авторитету, іноді – у формі наслідування.

7. Пасивне вичікування зовнішніх змін (пасивна, уникаюча, спрямована зовні). У проблемній ситуації індивід може зайняти позицію вичікування. Реалізуючи цьому стратегію, людина прагне уникнути неприємних впливів середовища, просто вичікуючи, коли зовнішні умови самі зміняться більш сприятливу йому сторону. Відкладаючи вирішення проблеми на пізніший термін, людина тимчасово обмежує свої контакти з середовищем, залишаючись, по можливості, непомітним, «замороженим» до появи умов, що його задовольняють. Така стратегія передбачає надію на сприятливі зміни середовища чи сподівання на те, що все вирішиться само собою.

8. Пасивне очікування внутрішніх змін (пасивна, що уникає, спрямована всередину). Зовнішня стратегія схожа на попередню, але керуючись цією стратегією, людина чекає на сприятливі зміни не зовні, а всередині себе. Це може бути зміна настрою, дозрівання, поява відчуття внутрішньої готовності. Відкладаючи вирішення проблеми на пізніший термін, людина подумки апелює до того, що вона ще не готова, але через деякий час внутрішні умови складуться на її користь [14].

Завданням нашої роботи відповідають також теоретичні дослідження *рівнів адаптованості*, які відображають оцінку ступеня відповідності внутрішнього психологічного стану індивіда до вимог довкілля. Бохонкова Ю. О. виділяє *високий, середній та низький* рівні адаптованості [1]. *Високий* рівень характеризується стабільністю, послідовністю, впевненістю у собі, відчуттям особистої відповідальності, адекватністю, простотою та логічністю поведінки. За *низького* рівня реальна діяльність замінюється ідеальною, відсутня почуття особистої відповідальності, нестандартно сприймається навколишня дійсність, властиві депресивні реакції. Для *середнього* характерні характеристики високого та низького рівня адаптованості. Більшість авторів виділяє рівні адаптованості аналогічно. Проте найповнішу, розгорнуту характеристику рівнів адаптованості, з погляду, пропонує Булах І. [3]. Тут аналізуються не лише складові кожного рівня адаптованості, а й прописуються показники, які дозволяють характеризувати результат

адаптації. Оцінюючи рівні адаптованості, насамперед, розглядається *особистісний адаптаційний потенціал* (ОАП) і виділяються його чотири складові: *біопластичний, біографічний, психічний* компоненти та *система особистісної регуляції*. *Біопластичний* компонент включає рівень здоров'я та толерантність до несприятливих факторів зовнішнього середовища. *Біографічний компонент* – це індивідуальна історія життя людини з культурними традиціями, унікальними дитячо-батьківськими відносинами. *Психічний компонент* забезпечується можливостями людини, що дозволяють відображати об'єктивну реальність у всьому її різноманітті та регулювати різні взаємини з нею. Тут досліджуються адаптаційні можливості інтелекту, пам'яті, мотивації, емоцій, самосвідомості. *Система особистісного регулювання* як компонент ОАП дає можливість не тільки керувати своєю поведінкою відповідно до нормативних вимог суспільства, досягати необхідного рівня успішності у професійній діяльності, а й розвиватися, удосконалюватися.

Проблема розвитку потенціалів особистості розглядається в науці у зв'язку з вивченням питань розвитку творчих здібностей людини у вітчизняних та зарубіжних дослідженнях. Так, Гринчук О.І. пропонує використовувати поняття особистісного адаптаційного потенціалу, що характеризує адаптивні здібності людини. Особистісний адаптаційний потенціал – це взаємопов'язані між собою психологічні особливості особистості, що визначають ефективність адаптації та ймовірність збереження професійного здоров'я. На думку автора, ОАП перебуває у прямої залежності від індивідуально-психологічних властивостей особистості, відображає їх своєрідне поєднання та вираженість у структурі тієї чи іншої особистості [5]. ОАП не тільки містить інформацію про ступінь відповідності психічного стану загальноприйнятим нормам, а й дозволяє диференціювати людей за рівнем стійкості до дії психоемоційних стресорів, що дає з певним ступенем успішності можливість вирішувати завдання прогнозування ефективності діяльності.

До таких властивостей Гринчук О.І. відносить: *нервово-психічну*

стійкість, рівень якої зумовлює толерантність до стресу; *самовідношення особистості*, що є ядром саморегуляції та визначає ступінь адекватності сприйняття умов діяльності та своїх можливостей; *відчуття соціальної підтримки*, що впливає на самооцінку особистої значущості для оточуючих (особистісна референтність); *особливості побудови контакту з оточуючими*, що характеризують рівень конфліктності особистості; *досвід соціального спілкування*, що виявляє потребу у спілкуванні та вміння будувати контакти з оточуючими на основі наявного досвіду; *моральність особистості*, що характеризує ступінь орієнтації на існуючі у суспільстві норми та правила поведінки; *дотримання вимог колективу* (рівень групової ідентифікації). Усі перелічені показники вважаються значимими в оцінці та прогнозі успішності адаптації до важких і екстремальних ситуацій, і навіть в оцінці швидкості відновлення психічної рівноваги, а також багато в чому залежать від психологічних особливостей особистості, що визначають можливість адекватної регуляції функціонального стану організму різноманітних умовах життя та діяльності. Чим значніші адаптаційні здібності, тим вища ймовірність нормального функціонування організму та ефективної діяльності зі збільшенням інтенсивності впливу психогенних факторів зовнішнього середовища.

Адаптаційні здібності піддаються оцінці за допомогою визначення рівня розвитку психологічних характеристик, найбільш значущих для регуляції психічної діяльності та самого процесу адаптації. Чим вищий рівень розвитку цих характеристик, тим вища ймовірність успішної адаптації людини і тим значніший діапазон факторів зовнішнього середовища, до яких він може пристосуватися. Особистісний адаптаційний потенціал – не вроджена якість, воно формується навчальною, а потім трудовою діяльністю людини за наявності позитивної мотивації. Отже, ОАП сприймається як інтегральна змінна, що характеризує сукупність індивідуально-психологічних ознак, що зумовлюють ефективність психічної адаптації; має властивості складної системи, і, відповідно, системний аналіз виступає основним підходом до його дослідження; включає не тільки готівкові прояви адаптаційних здібностей, але і латентні властивості, які можуть проявитися при зміні змісту, сили та

напрямки впливу адаптогенних факторів; визначає межі адаптаційних можливостей особистості та стійкості до впливових факторів, містить передумови до деякого діапазону відповідних адаптаційних реакцій; пов'язаний з віковими психологічними особливостями, при цьому власна активність особистості виступає як умова, що регулює міру реалізації потенційних можливостей. Таким чином, адаптаційний потенціал прийнято розглядати як системну властивість особистості, що обумовлює межі її адаптаційних можливостей і характер перебігу пристосування особистості у відповідь на вплив тих чи інших факторів та умов середовища. Особливості індивідуального потенціалу, опосередковуючи вплив факторів адаптогенного контексту, визначають напрям, зміст, інтенсивність адаптаційної відповіді особистості. Аналіз структури адаптаційного потенціалу, ієрархії його елементів, якісної своєрідності його внутрішніх та зовнішніх зв'язків, можливо, є ключем до коректного та надійного прогнозуванню адаптаційного процесу, підвищення ефективності програм психологічного супроводу та формування адаптаційних ефектів, наданню індивідуалізованої психологічної допомоги.

Наступний рівень адаптованості,— діяльність індивіда лише на рівні найпростіших побутових ситуацій. Соціально-психологічна адаптація цьому рівні є несвідомим поведінковим актом на актуальну предметну ситуацію. Показником адаптованості тут є відсутність у супроводі поведінкових актів негативних емоційних станів (пригніченості, тривожності). На цьому рівні соціально-психологічна адаптованість оцінюється через діяльність індивіда у межах малої групи. Показниками її є ступінь усвідомлення своєї приналежності до неї (сім'ї, робочого колективу), прийняття і цінностей цієї групи, виконання які висуваються до індивіду вимог і рольових очікувань. На четвертому рівні соціально-психологічна адаптація розглядається як сукупність вчинків особистості або її поведінка, коли людина спрямовує свою активність у ту чи іншу соціальну сферу, завдяки чому здійснюється її потреба у самореалізації. І, нарешті, п'ятий рівень адаптованості — ціннісні орієнтації особистості, що регулюють її

поведінку у найбільш значних ситуаціях соціальної активності (при постановці далеких цілей, побудові життєвого плану). Показником адаптованості на цьому рівні є домінування у свідомості та поведінці системи узгоджених, ефективних та суспільно схвалюваних цінностей, що сприяють гармонії із собою та оточуючими людьми.

2.2. Психосоматичні аспекти дисплазії сполучної тканини

З метою теоретичного осмислення механізмів впливу генетично детермінованого соматичного захворювання дисплазії сполучної тканини на психіку хворих представимо психогенетичні та психосоматичні концепції представників різних наукових шкіл.

Прийнято вважати, що термін «психосоматика» вперше був використаний у 1818 р. німецьким лікарем-психіатром Йоганном-Християном Гейнротом, хоча зв'язок психічних процесів із соматичними проявами вивчався протягом багатьох століть з часів Гіппократа та Аристотеля. Як загальноприйнятий медичний та психологічний термін «психосоматика» у XX ст. стала використовуватися, завдяки роботам віденських психоаналітиків Ф. Данбара та Ф. Александера. А до 1950 р. відбувся етап інституціоналізації психосоматичних досліджень, в результаті чого було створено Американське психосоматичне суспільство та став видаватися журнал «Психосоматична медицина». У 1960 – 1970 рр. у нашій країні також активно велися дослідження даної проблематики, відкривалися кабінети психосоматики, велася фахова підготовка кадрів, які працювали у даному напрямку.

В даний час існує велика кількість концепцій психосоматики, об'єднаних кількома напрямками, а проблема співвідношення біологічного та соціального, фізіологічного та психологічного є однією з центральних та найгостріших проблем психології [17; 18-20; 27 та ін.].

Психофізіологічні концепції психосоматики об'єднані спільною ідеєю про те, що умовно-рефлекторним шляхом може бути не тільки викликана, але й змінена будь-яка вегетативна функція, включаючи діяльність залоз внутрішньої секреції, системи крові, а також проникність клітинних мембран,

процеси обміну речовин, терморегуляція тощо. Кортико-вісцеральні взаємодії зумовлюють трансформацію почуттів, переживань, думок людини за допомогою нервової та гормональної систем у біохімічні реакції, отримуючи свій матеріальний субстрат на рівні тіла. За законом подібності, хвороба, що виникає на рівні свідомості як порушення взаємозв'язку зі світом, має своє символічне вираження на рівні тіла у вигляді біохімічних, функціональних та органічних змін. Ця теорія дозволила суттєво просунутися у розумінні виникнення та розвитку не тільки численної групи функціональних захворювань внутрішніх органів (хвороби шлунково-кишкового тракту, цукровий діабет, тиреотоксикоз та ін.), а й хвороб з органічними проявами (виразкова хвороба, атеросклероз, бронхіальна астма та ін.).

Принциповий внесок у розуміння структури організму та різних аспектів його життєдіяльності зробив Перетятко Л.Г., який сформулював концепцію функціональних систем, згідно з якою формування та життєдіяльність організму як системи відбувається в процесі реалізації його біологічної програми при постійному коригувальному впливі середовища [29].

В рамках психофізіологічного напрямку (У. Кеннон, Г. Сельє, 1926) розглядається і вплив екстремальних та хронічних стресових ситуацій на виникнення тілесних захворювань [36]. Наявність емоцій відрізняє теорію стресу від рефлекторної моделі. Практично всіма дослідниками визнається, що якщо орган досить довго піддається психофізіологічному навантаженню (надлишковій стимуляції), то в ньому з часом виявлятимуться ознаки патології чи дисфункцій.

У рамках *психодинамічного спрямування* до провідних концепцій відноситься конверсійна модель З. Фрейда, теорія психосоматичних специфічностей Ф. Александера, теорія нарцисичного дефіциту Х. Когута, теорія десоматизації-ресоматизації М. Шура, теорія «двохшелонної лінії оборони» Е. Мітчерліха, концепція «хвороб готовності та вираження» Ф. Векс Кюля, теорія олекситимії тощо. Також у руслі даного підходу працюють представники теорій об'єктних відносин (Дж. Боулбі, О. Кернберг, М. Кляйн,

Х. Когут, Г. Енгель та Е. Шмале та ін.).

Ідея конверсії З. Фрейда у тому, що перетворення психічного конфлікту на соматичний відбувається у вигляді витіснення зі свідомості загрозливих чи небажаних змістовних елементів. «Емоція, яка не могла бути виражена, виявлялася перетвореною на фізичний симптом, що представляв собою компроміс між несвідомим бажанням висловити думку чи почуття і страхом проможливі наслідки. Симптоми дають змогу не тільки маскувати небажані емоції, а й сприйматися як своєрідне самопокарання за заборонене бажання або видалення себе з жахливої ситуації. Ці ж симптоми зумовлювали отримання вторинних вигод від прийняття ролі хворого» [41, с. 231]. Конверсійна модель добре пояснює порушення довільної моторики – невротично зумовлені паралічі та мовні порушення, психогенні розлади чутливості, порушення ходи, певних больових станів, уявної вагітності тощо.

Поруч із моделлю конверсії, під час розгляду неврозу тривоги З. Фрейд сформулював другу концепцію психосоматичного виникнення симптомів, відмінну від конверсії. Він виявив, що такі органічні симптоми як розлади серцевої діяльності, дихання, раптова пітливість, тремтіння, голод, пронос, запаморочення, звуження судин та парестезія, супроводжують тривогу як «еквіваленти нападу тривоги». Якщо несвідомий конфлікт немає виходу у зовнішньому прояві, то виникає емоційне напруження, що супроводжується стійкими змінами у вегетативної нервової системі, яка реагує на різні емоційні переживання приблизно однотипно.

Ф. Александер припустив, що пригнічена агресивність, стриманий гнів, ворожість через активацію симпатичної системи призводять до розвитку гіпертензії, серцево-судинних порушень, мігрені, артритів, тиреотоксикозу, діабету [48]. Незадоволені потреби у впевненості, захищеності, прийнятті оточуючими, нереалізовані сексуальні спонукання через парасимпатичну активацію призводять до розвитку виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, виразкового коліту, бронхіальної астми, нейродерміту. Почуття провини як центральна емоційна проблема призводить до різних форм порушення харчування. За Ф. Александером, існує специфічність симптомів,

при цьому вибір органу, що уражується, детермінований швидше генетично.

Watson J.B., розглядаючи проблему психосоматичної патології, виділив хвороби готовності та хвороби вираження [73]. Згідно з концепцією У. Кеннона про адаптивні реакції, емоційна готовність людини при небезпечній події (якщо дія не здійснюється) хроніфікується в постійне наростання функціональної активності власних органів, фіналом чого може бути розвиток виразкового процесу (при тривалому підвищеному викиді шлункового соку), гіпертонії (що хронізуються артерій) тощо. Таким чином, психосоматичне захворювання розвивається як наслідок нереалізованої реакції готовності у разі психологічного інфантилізму чи втрати мотиву на основі витіснення. Отже, *хвороби висловлювання* – це конверсійні синдроми, як наслідок конфлікту мотивів особистості, тобто з внутрішніх заборон мотиви (бажання) виражаються у вигляді істеричних моносимптомів («уламки дій»), мають «значення висловлювання».

Чимало досліджень (Г. Овербек, Г. Енгель та ін.) присвячено алекситимії, як базовій причині психосоматичних захворювань. Алекситимія – це нездатність пацієнта диференціювати та вербалізувати свої емоції. Поняття запроваджено у 1973 р. П. Сіфнеосом. Вважається, що причиною розвитку такого симптому є середовище, в якому немає місця виразам почуттів щодо життєвих реальностей, що часто посилюється багаторічним навчанням ригідному дотримуванню суспільних норм. На відміну від хворих на неврози, психосоматичні пацієнти алекситимічного ґатунку добре адаптовані у своєму соціальному середовищі, тривало імітуючи собі та оточуючим стан задоволеності та відсутності значущих проблем [69]. Причиною звернення до лікаря є соматична патологія.

Ще одну модель психосоматичної патології розробили М. Шур – це концепція «десоматизації – ресоматизації». Автор вважав, що діти інстинктивно реагують на різні відхилення їх гомеостазу. З формуванням функцій сприйняття, пам'яті та інших вторинних психічних процесів, тобто зі зростанням структурованості «Я» стає можливим контроль інстинктів і афекту, зростає незалежність індивіда від вегетативних процесів підтримки

гомеостазу організму (десоматизація). У обтяжливих життєвих ситуаціях активуються несвідомі, невротичні конфлікти, «Я» втрачає здатність до вторинно-процесуального мислення з недостатнім розвитком фізіологічної регресії до ресоматизированним реакцій [48, с.56].

Е. Мітчерліх описав модель «двохешелонної лінії оборони». Відповідно до цієї концепції психосоматичний процес розвивається в такий спосіб. Спочатку людина намагається впоратися з конфліктом за допомогою виключно *психічних засобів на психосоціальному рівні*: соціальна взаємодія, захисні механізми, невротичний розвиток особистості. Якщо вдається справитися лише психічними засобами, не спрацьовує «перша лінія оборони», підключається захист «другого ешелону» – соматизація. Сучасні психоаналітики (О. Кернберг, Н. Мак-Вільямс) виділяють ще й "третій рівень захисту" – психотичне симптомоутворення [45;62].

Теорія об'єктних відносин вивчає вплив індивідуальних відносин людини із зовнішнім світом на його внутрішній психічний світ, і представляє психіку та особистість як результат зв'язків людей із зовнішнім оточенням, які запам'ятовуються (інтерналізуються) розумом у вигляді «об'єктних відносин». Ранні моделі взаємовідносин мають величезний вплив на формування дорослих зв'язків, незалежно від подальших подій. Внутрішній баланс порушується, якщо такі моделі відсутні чи є патологічними (О. Кернберг). Розвиток соматичних захворювань також відбувається за втрати інтерналізованого об'єкта (Г. Енгельта Е. Шмале), порушення зв'язків з ним (А. Фройд, М. Малер), конфлікту інстинктів життя та смерті (М. Кляйн), несформованої або порушеної прихильності (Дж. Боулбі), неадекватного або відсутнього афективного «віддзеркалення» дитини матір'ю (Д. Віннікотт, Р. Спітц, Х. Когут) Теорія нарцисичного дефіциту Х. Когута передбачає, що в основі розвитку соматичних захворювань лежить порушення розвитку узгодженого стабільного унікального «Я», причиною якого є відсутність або недостатність емоційно-чуйного батьківського середовища. Психосоматичний симптом може виникнути внаслідок такого дефіциту, який у зрілому віці проявляється у труднощі підтримки почуття цілісності та

самоповаги. Симптом підтримується увагою персоналу медичних установ, численними обстеженнями, лікуванням [70].

Теорії психосоматики, що належать до *когнітивного напрямку*, представлені в роботах А. Бека, У. Глассера, Д. Мейхенбаума, В.В. Ротенберга та В.С. Аршавського, М. Селігмана, А. Елліс. Автори цього напрямку стверджують, що психосоматичні захворювання провокуються невірним вибором рішень, поведінки, способу мислення людини.

Так, в основі розвитку психосоматичного захворювання, за А. Беком і А. Елліс, лежать «неправильні» базисні схеми – глибинні світоглядні установки людини по відношенню до самого себе та навколишнього світу. Досвід відносин з батьками, їхні правила, установки за механізмом імпринтингу інтеріоризуються і стають своєрідною повсякденною філософією життя, лягають в основу життєвих сценаріїв, спотворюючи сприйняття цього моменту, перешкоджаючи ухваленню рішень [70, с. 321] .

Reither F. У своїх дослідженнях стверджує, що психосоматичні захворювання з'являються у разі порушення «Внутрішнього діалогу», «неправильних самоінструкцій» [68]. Звільнення від симптомів відбувається при навчанні хворих саморегулюючим висловлюванням.

У своїх роботах щодо аналізу пошукової активності автори стверджують, що вона має стимулюючу дію на організм і підвищує стійкість до дії шкідливих факторів. Відмова від пошуку знижує адаптивні можливості організму, виникають психосоматичні захворювання – хвороби досягнення, які обумовлені хронічною фрустрацією потреби у пошуку [69].

У. Глассер стверджує, що людина створює саму себе, тобто вона самодетермінуюча істота. Особа сама обирає свою позицію – жертви чи агресора, сама обирає бажаний світ і бажану поведінку, здійснюючи постійний контроль над ними. Умовою здоров'я є, таким чином, успішність персоналізації та позитивна особистісна спрямованість. М. Селігман та С. Майєр причиною неадаптивної, пасивної поведінки людини, а, отже, виникнення та розвитку різних захворювань, вважають синдром вивченої безпорадності, який проявляється у більшості ситуацій як домінантний

патерн. За великим рахунком, вивчена безпорадність є порушенням мотивації людини, що виникло в результаті пережитої ним неодноразово невідконтрольності ситуації, пов'язаної з незалежністю результату зусиль, що додаються людиною. Особистісна вивчена безпорадність проявляється у замкнутості, збудливості, емоційної нестійкості, песимізмі, боязкості, схильності до прояву почуття провини, заниженій самооцінці, байдужості, пасивності, низькому рівні домагань та відсутності творчих проявів [48, с. 67]. Незважаючи на величезну кількість хронічних соматичних захворювань, зміст основних особистісних змін, що виникають у хворих на хронічні соматичні захворювання, однотипні.

Аналіз сучасного стану проблеми вивчення особистості хворих із різними хронічними соматичними захворюваннями призводить до переконання в тому, що основним психологічним феноменом, що об'єднує їх та що містить у собі всю драму особистісних трансформацій в умовах хвороби, є «внутрішня картина хвороби», «аутопластична картина хвороби», «переживання хвороби», "почуття хвороби", "свідомість хвороби" чи "концепція хвороби".

Термін "внутрішня картина хвороби" (ВКХ), на нашу думку є таким, що найбільш повно відображає реальність. Він трактується як: «...все те, що відчуває, переживає хворий, уся маса його відчуттів... загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, її причини... – весь той величезний світ хворого, який складається з дуже складних поєднань сприйняття та відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань та травм» [45]. Етапи формування ВКХ є процесом адаптації до хвороби, а кінцевий стан хворого є результатом, стан адаптованості до неї. ВКХ як явище відрізняє універсальність, вона формується при будь-якому соматичному стражданні – від одноразових епізодів болю до хронічних захворювань, коли широка зона психічної активності людини фокусується на стражданні.

У роботах Харченко Д.М. представлено теоретичну модель становлення ВКХ. Він розглядає процес її формування як особливу форму пізнавальної діяльності (соматоперцепції), що «володіє власним змістом і специфічністю,

але тим щонайменше підпорядковується общепсихологическим закономірностям формування, розвитку та функціонування» [43]. Такий підхід дає змогу подолати існуючий недолік уявлень про ВКХ як про психологічну освіту, що складається із сенситивної та інтелектуальної частини. Автори пропонують розглядати ВБХ як «складне багаторівневе утворення, що включає чуттєву тканину, первинне і вторинне позначення, особистісний зміст». Автор виділяє негативний, позитивний і конфліктний особистісний сенс, визначаючи його загалом як «життєве значення для суб'єкта об'єктивних обставин хвороби стосовно мотивів її діяльності» [43].

Римша С. В. пропонує розглядати ВБХ як складне, структуроване утворення, що включає чотири рівні психічного відображення хвороби: перший рівень – чуттєвий; другий рівень – емоційний, пов'язаний з різними видами реагування деяких симптомів, захворювання загалом та її наслідків; третій рівень – інтелектуальний, пов'язаний з уявленням, знанням хворого про свою недугу, роздумами про її причини та можливі наслідки; четвертий – мотиваційний, пов'язаний з певним ставленням людини до своєї хвороби, зі зміною поведінки та способу життя в умовах нездоров'я та актуалізацією діяльності щодо його повернення та збереження [33].

На думку прихильників даного підходу, ВБХ – це всоєрідна адаптація до хвороби. При цьому мають значення як об'єктивні умови життя хворого (соціальні умови його життя, об'єктивна тяжкість захворювання, об'єктивний прогноз, ступінь вітальної загрози), і суб'єктивний контекст діяльності (спрямованість, рівень загальної активності, особливості самооцінки, сукупність ситуаційних особливостей життя, зокрема ситуація лікування). На різних етапах захворювання ВБХ може бути різним.

При визначенні типу ставлення хворого до свого соматичного страждання слід враховувати міру усвідомленості хвороби – повну або часткову. Психологічною характеристикою соматичного здоров'я є не лише відсутність хворобливих відчуттів та його об'єктивних показників, а й наявність оптимальної працездатності, домінування почуття добробуту, радості життя. Істотну роль у формуванні психологічних параметрів здоров'я,

його стійкості відіграє структурна та функціональна безпека систем та органів людини. Мозок, перебуваючи у нерозривному зв'язку з інтенсивністю подразнень інтерорецепторів, формує уявлення про фізичний стан, що супроводжується специфічним емоційним тлом. Подання це може бути усвідомлюваним і не усвідомленим, так само, як і причини того чи іншого емоційного стану. Повною мірою сказане вище відноситься до людей з ДСТ. Недосконала сполучна тканина формує структурну та функціональну недостатність органів, які сигналізують про неблагополуччя принаймні на несвідомому рівні.

У люди з ДСТ ВБХ може бути різна: від повного ігнорування захворювання до повного занурення у нього. Для осіб молодого віку з ДСТ характерне загострення переживань з приводу косметичних дефектів. Це зовнішні стигми: аномалії прикусу, асиметрії обличчя, дефекти вух, низьке зростання волосся на лобі, неправильне зростання зубів, викривлення грудної клітки, астенична статура, непропорційність кінцівок [26]. Розвиток особистості таких хворих протікає у специфічних умовах, сприяючи формуванню аномальних рис особистості. Омельченко Л.І. вважає, що з дисплазією відхилення у психіці пов'язані з стигмами зовнішніх проявів. Зі збільшенням віку у хворих відбувається переоцінка ставлення до хвороби, і перший план виходить вітальність. Болючі відчуття нарастають, яскравіше проявляються пов'язані з хворобою серцеві аномалії, аневризми. Все це посилює інтровертованість, провокує страх смерті, робить людину тривожною, депресивною, іпохондричною [там само, с. 81].

Поряд із явищами дискомфорту та больовими відчуттями, що мають суб'єктивно-психологічну значущість в оцінці соматичного страждання, слід також враховувати можливість порушень біосоціальної адаптації. Вони зазвичай пов'язані зі свідомістю недостатності емоційно-вольових якостей, зниженням творчої активності, ослабленням спонукальних мотивів до діяльності. Психічний стан соматичного хворого можна охарактеризувати як переживання обмеженої волі [23]. Психологічна характеристика відчуттів різного діапазону з негативно забарвленими переживаннями, усвідомлення

обмеження своїх колишніх можливостей, відчуття залежності від хвороби, почуття власної неповноцінності – це можна об'єднати поняттям дефіцитарності.

Л.С. Виготський підкреслював, що хвороба, викликаючи, насамперед, порушення біологічної лінії розвитку, створює перешкоди для нормального соціально-психологічного розвитку, формування особистості дитини. При цьому він запропонував розрізняти дві групи симптомів у разі порушення розвитку дитини: первинний дефект – порушення, які безпосередньо пов'язані з біологічним характером хвороби; вторинні відхилення – порушення, що виникають опосередковано у процесі соціального розвитку.

Вторинні відхилення, на думку Л.С. Виготського, є основним об'єктом у психологічному вивченні та корекції порушень розвитку, а будь-який тілесний недолік не тільки змінює ставлення людини до світу, але, перш за все, позначається на відносинах з людьми, адже фізичний дефект викликає соціальну дизфункцію [30]. Деякі автори зазначають, що немає однозначної залежності між характером фізичних недоліків та типом особистісної реакції на захворювання, яке більше залежить від тривалості захворювання, його тяжкості та інтелектуальних можливостей людини. Суб'єктивна інтерпретація соматичної дисфункції, внутрішня картина хвороби зрештою залежить від особистісних особливостей пацієнтів. Загальне для всіх хронічних соматичних захворювань – наявність тривоги, депресії, інтенсифікація невротичних рис, емоційні розлади, агресивні реакції. Виразність косметичного дефекту обумовлює виникнення аутизації, емоційної нестійкості [20]. Змінюються способи реагування на успіх і неуспіх, змінюється цілепокладання при невротичному розвитку особистості. Будь-яке хронічне захворювання ставить перешкоди на шляху реалізації мотивів діяльності. Виникає проблема захисних механізмів особистості, її компенсаторних можливостей.

Комар Т.О. під час вивчення соціально-психологічної адаптації при психосоматичних порушеннях встановив, що психосоматичні хворі меншою мірою задоволені роботою та відносинами з оточуючими, вони дають низьку

оцінку своїх міжособистісних відносин на роботі. Цей комплекс характеризується також підвищенням ролі матеріального чинника як мотивованої соціально-значущої поведінки [11].

Для розуміння психології соматичного хворого необхідно розглядати соціальну ситуацію розвитку за умов хвороби, яка може бути кваліфікована як кризова. При цьому адекватне самоставлення захищає цілісність, інтегрованість. У дослідженнях Максименко С.Д. показано, що при невротичному розвитку особистості присутній феномен нестабільності самоставлення [19]. «Соматичний хворий – це людина, яка страждає, у якого змінюється ставлення до себе та оточуючих», – писав Г.І. Россолімо. Також нам є важливою думка Г.Х. Шингарова у тому, що відхилення у внутрішньому середовищі організму відбиваються в емоціях як недолік чогось зовнішнього.

Разом з тим, у науковій літературі досі немає чітких кореляцій між тяжкістю соматичного стану та вираженістю психічних розладів через складний характер психосоматичних відносин [2; 8; 11; 12 та ін.]. Залежно від особливостей особистості хворого реальні збитки, завдані хворобою, можуть ним применшуватися, або перебільшуватися.

Лобунець Г. Ю. зазначає, що тривалі, хронічні захворювання є особливо тяжким випробуванням. Негативні емоції неминучі у всіх, їх тривалий вплив посилює соматичні порушення, що може призводити до іпохондричного розвитку особистості [16].

Концепція «вторинної вигоди» хвороби включає розуміння хвороби, яке здатне включати не тільки патологічний, хворобливий характер порушень, але також і вигоди, і можливості, які цією хворобою перед людиною відкриваються. Це такі вторинні вигоди як поблажливість оточуючих, підвищена увага, співчуття. При цьому у людини змінюються цінності, цілі, поведінка, вона не хоче одужувати, позбавлятися тих переваг, які виникли у неї разом із хворобою. Такий підхід до хвороби змінює її негативний зміст, як шкоди та позбавлення здоров'я, на протилежний. Хвороба, як і раніше, принципово відмінна від стану здоров'я, але тепер певною мірою представлена як «виграшний».

Слід зазначити, що хвороба також може стати джерелом формування в людини як негативних, з тенденцією до невротичного чи патохарактерологічного розвитку хворого, і позитивних, спрямованих на розвиток його особистісних утворень (компенсаторних проявів) [15; 22; 25 та ін.].

«З одного боку, дефект є мінус, обмеження, слабкість, зменшення розвитку, але, з іншого – саме тому, що він створює труднощі, він стимулює підвищений, посилений рух вперед», – пише Л.С. Виготський [30, с. 76]. Він також зазначає: «Свідомість малоцінності, що виникає в індивіда внаслідок дефекту, є оцінкою своєї соціальної позиції, і вона стає головною рушійною силою психічного розвитку» [там само].

Відтак, виховання дітей з різними дефектами має базуватися на тому, що одночасно з дефектом дано і психологічні тенденції протилежного напрямку, дано компенсаторні можливості для його подолання, що саме вони виступають на перший план у розвитку дитини і повинні бути включені до виховного процесу як його рушійна сила.

Говорячи про психологічний профіль людей з ДСТ, більшість авторів визначають їх, як людей зі зниженою суб'єктивною оцінкою власних можливостей, рівнем домагань, емоційною стійкістю та працездатністю, підвищеним рівнем тривожності, вразливістю, депресивністю, конформізмом. При цьому наголошується на ймовірності вторинності психологічних феноменів у пацієнтів цієї групи на тлі постійної присутності ДСТ [26]. На відміну від соматичного захворювання, що з'являється в процесі життя на тлі «відносного здоров'я» і має окреслені тимчасові характеристики, маніфестацію, періоди загострень і ремісій, ДСТ слід розглядати не стільки як стресогенну подію, скільки як постійно присутній стресогенний фон, що впливає не лише на формування актуального психічного стану, а й на становлення особливостей особистості [23].

Результати психологічних досліджень людей з диспластичним синдромом показують, що загальний рівень їхньої адаптованості може бути оцінений як критично низький [2; 5; 8; 11 та ін.]. В них спостерігаються суттєві

порушення емоційної сфери та поведінки: висока ситуативна тривожність, низька соціальна сміливість, а також низька емоційна стійкість та неефективність способів боротьби зі стресом у поєднанні з конформізмом, аутизацією та зниженням динамічних показників психічної діяльності. При цьому акцентуація особистості пошизоїдного типу зустрічається в 8,9% випадків [11]. Багато авторів також повідомляють про наявність неврологічних ускладнень та нейровегетативних розладів у хворих з ДСТ [16]. Для таких людей характерні скарги на слабкість, млявість, розсіяність та нестійкість уваги, дратівливість, швидку стомлюваність та погану переносимість фізичних та розумових навантажень. Також у них відмічені емоційні порушення невротичного характеру (тривожні, тривожно-фобічні, астеничні прояви), психомоторна збудливість, неспокій, нестійкість настрою, емоційна лабільність, схильність до субдепресивних реакцій.

При ДСТ в основі формування, зокрема, такої стійкої індивідуальної характеристики, як висока особистісна тривожність, можуть лежати емоційні переживання щодо наявності ознак порушення здоров'я [20]. За даними Janis I.L., саме у підлітковому віці такі зовнішні ознаки викликають тяжкі психологічні реакції, ускладнюючи соціально-психологічну адаптацію [59].

Помічено, що наявність диспластичозалежних косметичних змін у поєднанні з часто виявляється астеною у хворих з ДСТ формують психологічні особливості: знижений настрій, втрата відчуття задоволення та інтересу до діяльності, емоційна лабільність, песимістична оцінка майбутнього, нерідко з ідеями самобичування та суїцидальними думками. Як бачимо, в умовах стресових навантажень у людей із синдромом ДСТ з'являються клінічні ознаки недостатності механізмів компенсації та адаптації [24]. Підлітки з діагнозом дисплазії мають труднощі адаптації в школі: нижчий статус у групі, ніж у здорових підлітків, складності саморозкриття, демонстрації своїх можливостей, високий рівень тривоги та негативні емоційні переживання при спробах досягнення успіху в ситуації змагання [17]. Емоційне благополуччя підлітків із яскраво вираженими ознаками ДСТ загалом перебуває в низькому рівні. Так, хлопчики з вираженими ознаками

порушення здоров'я ДСТ малоуспішні в соціальних контактах, особливо з вчителями, також у них простежується тенденція до зниження навчальної активності, недисциплінованої поведінки на уроках. Дівчаткам з вираженими ознаками ДСТ, навпаки, властива більш дисциплінована поведінка і успішніше засвоєння шкільних норм, що можна розглядати, на думку авторів, як своєрідний компенсаторний механізм, зумовлений статевою соціалізацією і статевим диморфізмом [17]. Таким чином, хворі з ДСТ формують групу підвищеного психологічного ризику, що характеризується зниженою суб'єктивною оцінкою своїх можливостей, рівнем домагань; емоційною стійкістю та працездатністю; підвищеним рівнем тривожності, вразливістю, депресивністю, конформізмом.

Порівнюючи ДСТ з іншими психосоматичними захворюваннями, вкрай складно за клінічними ознаками знайти аналогічне, оскільки поєднання ознак цього симптомом унікальне. Відповідно до рекомендацій лікарів-генетиків, найбільш схожим та доступним для дослідження є бронхіальна астма (БА). Вибір цього захворювання зумовлений такими загальними рисами з ДСТ: 1) роль спадковості у виникненні, початок хвороби у дитячому віці; 2) етіологія остаточно не з'ясована; 3) зростання захворюваності за останні десятиліття; 4) прояв симптомів від легень до тяжких (ступінь тяжкості різна); 5) хвороба не пов'язана із порушенням інтелекту; 6) необхідна постійна корекція захворювання [4].

У роботі вивчаються особливості соціально-психологічної адаптації підлітків. Це зумовлено двома основними причинами. По-перше, підлітковий вік, сам по собі, це кризовий період, коли динаміка соціально-психологічної адаптації проявляється найбільш інтенсивно. По-друге, на цей період припадає лавиноподібне наростання всіх ознак ДСТ, адже його дослідники називають «критичним» для проявів дисплазії [17]. У цьому віці є найяскравішими проявами захворювання як з боку фізіологічних, так і з боку психологічних факторів.

Багато дослідників характеризують підлітковий вік як переломний, перехідний, критичний. Л.С. Виготський говорить про те, що саме в цей

період психічні процеси вперше набувають особистого характеру, і «людина сама усвідомлює себе як відому єдність» [30, с. 56]. У цей час також відбувається справжнє народження особистості, яке постає як подія, що змінює перебіг всього подальшого психічного розвитку. Молода людина стає суб'єктом соціальних відносин і з погляду формування ціннісних орієнтацій (Е. Штерн), і з погляду побудови життєвої програми (Ж. Піаже), що є відображенням набутих цінностей. Л.С. Виготський, С. Холл, Е. Шпрангер та інші підкреслюють вкрай важливий, визначальний вплив середовища на розвиток особистості у підлітковому віці.

Формування особистості багато авторів пов'язують із виникненням рефлексії та самосвідомості. Л.С. Виготський писав, що розвиток рефлексії у підлітка не обмежується лише внутрішніми змінами самої молодої людини, у зв'язку з її виникненням для підлітка стає можливими незмірно глибше і ширше розуміння інших людей.

Рефлексія – найважливіше новоутворення, розвиток якої тісно пов'язаний з власною стратегією адаптації, з рівнем соціально-психологічної адаптованості. Носенко Е. Л. було проведено дослідження особливостей адаптованості в осіб з різним рівнем вираженості цієї характеристики [24]. Так, у суб'єктів із низьким рівнем рефлексивності діяльність зазвичай здійснюється в одному плані, «спрощено». Також спостерігається знижена адаптованість у осіб з дуже високим рівнем рефлексивності, оскільки існує певна фіксованість на власних переживаннях, думках та ідеях, пізнавальній діяльності. Відтак, найбільш добре адаптовані суб'єкти із середнім рівнем рефлексивності. При рівні, близькому до високого, адаптованість оптимальна та характеризується психологічним та соціальним благополуччям. Оскільки рефлексивність розвивається саме у підлітковому віці, особливості соціального середовища у цей період мають визначальний вплив на рівень адаптованості у наступні життєві періоди.

Від культурного змісту середовища залежить і виникнення, та розвиток самосвідомості, що, за Л.С. Виготським означає перехід до нового принципу розвитку – до оволодіння внутрішнім регулюванням психічних процесів та

поведінки загалом. Розвиток самосвідомості як ніяка інша сторона душевного життя вважав Л.С. Виготський, залежить від культурного змісту середовища [30].

Характеризуючи підлітковий вік, Магдісюк Л. І писав, що протягом цього періоду ламаються і перебудовуються всі колишні відносини дитини до світу і до самої себе, і розвиваються процеси самосвідомості та самовизначення, що призводять зрештою до тієї життєвої позиції, з якої підліток починає своє самостійне життя [17].

Як функція самосвідомості, виступає ідентичність, що формується у підлітковому віці (Е. Еріксон). Це результат соціалізації особистості, визначення свого місця у системі соціальних відносин, ідеал саморозвитку, критерій психічного здоров'я, пошук і відкриття життєвого сенсу своєї індивідуальності, умова самоактуалізації (А. Маслоу, Х. Когут та ін.). Ідентичність – це результат узгодження двох ліній розвитку особистості – індивідуальної та соціальної, це гармонія «Я – образу» і «Я», реалізованого соціальної ролі [7].

Отож, підлітковий вік є вкрай важливим періодом, що впливає на адаптованість суб'єкта у дорослому віці. Підлітки проживають процес соціально-психологічної адаптації до світу дорослих, який починає пред'являти до них вимоги, які можна порівняти з вимогами до дорослих людей. Засвоєні в цьому віці механізми адаптації з певною часткою ймовірності будуть перенесені в майбутнє, тоді коли підліток, що виріс, стане студентом, буде створювати сім'ю або включиться у виробничі відносини та увійде до організації з певною організаційною культурою.

Висновки до розділу 2.

1. Соціально-психологічна адаптація є складним полідетермінованим процесом. Для виявлення його закономірностей, механізмів та феноменів потрібна організація лонгітюдних досліджень, які мають об'єктивні труднощі, тому найчастіше предметом дослідження є адаптованість як показник успішності адаптації на окремих її етапах.

2. Підлітки з генетично детермінованим захворюванням ДСТ мають

специфічні психологічні особливості, а також особливості у процесі соціально-психологічної адаптації. За існуючими даними, підлітки з ДСТ вважаються менш адаптованими, ніж здорові підлітки.

3. У літературі нині мало описані психологічні чинники, що визначають рівень адаптованості підлітків з ДСТ, а тому їх дослідження є вкрай актуальним.

РОЗДІЛ 3. МЕТОДОЛОГІЧНІ І МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТОВАНOSTІ ПІДЛІТКІВ З ДСТ.

3.1 . Організація та зміст дослідження.

Експеримент як науковий метод характеризується як найточніший метод психології. У процесі експерименту дослідник сам провокує виникнення цікавого для нього явища і змінює умови їх протікання з метою встановлення причин їх виникнення цих явищ і закономірностей їх розвитку. Крім того, отримані наукові факти можуть неодноразово відтворюватися завдяки керованості та строгому контролю умов, що дає можливість їх перевірки, а також накопичення кількісних даних, на основі яких можна скласти враження про типовість або випадковість явищ, що вивчаються. В даний час експеримент у чистому вигляді в психологічному дослідженні відтворити вкрай складно у зв'язку з об'єктивними причин. Зближення теорії та практики психології реалізується, нанаш погляд, у застосуванні у класичному науковому дослідженні квазіексперименту, при якому існує експериментальний підхід, але немає повного контролю експериментальних змінних. Квазіекспериментами у психології називають такі дослідження, які також спрямовані на перевірку причинно-наслідкових гіпотез, та включають ті чи інші схеми управління змінними. Воно спрямоване на встановлення причинної залежності між двома змінними, в якому відсутня попередня процедура зрівнювання груп, або «паралельний контроль» за участю контрольної групи, замінений порівнянням результатів неодноразового

тестування групи (або груп) до і після впливу. У нашій роботі ми використовували квазіексперимент, який має назву *ex-post-facto*. Його стратегія застосування полягає в наступному. Експериментатор сам не впливає на випробуваних. Як вплив виступає деяка реальна подія з їх життя. У нашому дослідженні – наявність психосоматичного захворювання. При цьому формується група «учасників», що зазнала впливу (підлітки з ДСТ, підлітки з бронхіальною астмою (БА), і група, яка його не зазнавала (НОРМА). Відбір здійснюється на підставі даних про особливості «випробуваних». У нашому випадку – це встановлення діагнозу в медичному закладі. Потім проводиться тестування залежної змінної у представників «експериментальної» та контрольної груп, тобто у нашому випадку проведення у них анкетування з використанням опитувальників. В подальшому, отримані дані порівнюються і робиться висновок про вплив «природного чинника» на подальшу поведінку піддослідних.

Отож, перший конструкт, на підставі якого вибірка поділяється на групи, що розглядається у нашому дослідженні – генетично зумовлена хвороба, дисплазія сполучної тканини. Даний конструкт не належить до категорії суто соціально-психологічних, але саме він є визначальним у досліджуваній тематиці, адже призводять до зміни психологічної структури особистості [4].

Другий конструкт, який у нашій роботі, – це соціально-психологічна адаптованість. Звертаємо увагу на те, що стан адаптованості є системною характеристикою суб'єкта що проявляється в різних сферах життєдіяльності. Критерії та рівні адаптованості і визначаються соціально-психологічними чинниками, і виступають їх детермінантою. Їх докладний перелік, а також також діагностичні методики, використані в роботі представлені для їх дослідження представлені у таблиці 1 та 2.

Таблиця 1.

**Суб'єктивні критерії оцінки ефективності соціально-психологічної
адаптації (психологічний рівень)**

<i>№</i>	<i>Успішна адаптація / дезадаптація</i>	<i>Діагностика</i>
1	Низький / високий рівень ситуативної та особистісної тривожності	Шкала особистісної тривожності Дж. Тейлор
2	Самоприйняття / неприйняття себе, адекватні / неадекватні самооцінка та рівень домагань, мінімальне / максимальне розмежування Я – реального та Я – ідеального, самооцінки та рівня домагань	Тест-опитувальник самоставлення; багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО- АМ)
3	Відсутність тенденцій до невротизації та депресії / виражені невротизація та депресія, низький рівень / високий рівень внутрішньоособистісного конфлікту	Особистісний опитувальник «НЕП» (TheEysenkPersonalityQuestionnaire); методика діагностики невротичних потреб К. Хорні; методика «Рівень співвідношення «цінності» та «доступності» у різних життєвих сферах»
4	Інтернальний / екстернальний локус контролю	16 -факторний опитувальник Р. Кеттелла; опитувальник пристосованості Х. Белла
5	Емоційний комфорт / дискомфорт; високий / низький ступінь задоволеності відносинами з оточуючими, соціальним статусом, основними формами діяльності, реалізацією основних потреб.	Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО- АМ), 16 - факторний опитувальника Р. Кеттела

Таблиця 2.

**Об'єктивні критерії оцінки ефективності соціально- психологічної
адаптації (соціальний рівень)**

№	Успішна адаптація / дезадаптація	Діагностика
1	Високий / низький ступінь інтеграції індивіда з середовищем, включеність / невключеність у діяльність групи	Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО-АМ); опитувальник пристосованості Х. Белла
2	Самостійність у прийнятті рішень, відстоювання своєї думки / залежність, конформність	16-факторний опитувальник Р. Кеттелла
3	Наявність / відсутність глибоких особистісних контактів, широке/обмежене коло спілкування	Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність»; опитувальник пристосованості Х. Белла
4	Соціальна активність / пасивність, відкритість / замкнутість	Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО- АМ); опитувальник пристосованості Х. Белла; 16-факторний опитувальник Р. Кеттелла
5	Висока/ низька працездатність та успішність діяльності	16-факторний опитувальник Р. Кеттел; опитувальник способів владної поведінки Р. Лазаруса – Т. Крюкової
6	Достатні / недостатні комунікативні навички, побудова відносин з оточуючими на основі взаємоповаги / ворожості, адекватність поведінкових патернів / використання малоадаптивних патернів поведінки	Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО- АМ); опитувальник пристосованості Х. Белла; опитувальник способів владної поведінки
7	Відносна стабільність емоційної сфери / емоційна нестійкість, адекватність / неадекватність афективних реакцій	Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО- АМ); опитувальник Плутчика-Келлермана-Конте

8	Соматичне благополуччя / неблагополуччя	Анкета
---	--	--------

Об'єктивні критерії відображають ступінь реалізації індивідом у поведінці норм і правил життєдіяльності, прийнятих у цій соціальній групі, а суб'єктивні – позитивне ставлення до членства у цій соціальній групі, до існуючих умов задоволення і розвитку основних соціальних потреб.

З метою повнішого аналізу аналізованої проблеми слід зазначити, що провідним у структурі адаптації є психологічний аспект, який опосередковує характер та особливості перебігу адаптації інших рівнях; визначальна роль оцінки ефективності адаптації як системного процесу належить власне психологічним критеріям.

Коротко опишемо представлені у таблиці методики. При вивченні психологічних особливостей підлітків з ДСТ, а потім і адаптованості, наша увага з самого початку була зосереджена на дослідженні нейротизму та тривожності, оскільки даний фактор як базовий лежить в основі різних порушень процесу адаптації. Згідно з дослідженнями багатьох авторів, підлітки з ДСТ мають високий рівень вираженості внутрішнього конфлікту, але докладних досліджень структури цього конфлікту у літературі немає [8].

Отож, для діагностики труднощів у різних сферах пристосовності був використаний *особистісний опитувальник пристосовності Х. Белла* (Bell Adjustment Inventory). Питання, які містяться у ньому, відносяться до шести сфер пристосовності, на підставі яких виділяється шість шкал: а) *Пристосовність у сім'ї*. Вимірює ступінь задоволеності сімейними стосунками; б) *Пристосовність до хвороб, травм*. Вимірює ступінь пристосовуваності у сфері здоров'я; в) *Ставлення до оточення*. Вимірює ступінь толерантності до інших, скромності, або, навпаки, самовпевненості; г) *Емоційна рівноваженість*. Вимірює ступінь емоційної стабільності, стійкості; е) *Ворожість*. Вимірює ступінь критичності до інших; ф) *Мужність-жіночність*. Жінки з високими балами за цією шкалою мають чоловічі інтереси, з низькими – жіночі; чоловіки з високими балами – чоловічі інтереси, низькими – жіночі [10].

Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО-АМ) використовувався нами для комплексної оцінки адаптаційних можливостей особистості – особистісного адаптаційного потенціалу (ОАП) з урахуванням соціально-психологічних та деяких психофізіологічних характеристик, що відображають узагальнені особливості нервово-психічного та соціального розвитку [10]. У нашій роботі ми використали ту частину методики, яка присвячена визначенню наступних параметрів:

ОАП – особистісний адаптаційний потенціал, інтегрує багато якостей, починаючи з самооцінки та стійкості та закінчуючи схваленням з боку оточуючих, здатність особистості творчо та активно пристосуватися до середовища діяльності. Характеристику ОАП можна отримати, оцінивши нервово-психічну стійкість, комунікативні здібності та рівень моральної нормативності.

НПУ – нервово-психічна стійкість – є стресостійкість плюс здатність регулювати свою поведінку.

КС - комунікативні здібності - вміння побудувати відносини з іншими людьми. Це поняття також інтегрує кілька особистісних і рис таких, як, наприклад, конфліктність, і соціальних, наприклад, наявність досвіду та потреби спілкування.

МН – моральна нормативність забезпечує здатність адекватно приймати індивідом запропоновану йому певну соціальну роль, тобто. поєднувати без шкоди собі свої моральні норми, норми соціуму і ставлення до вимог безпосереднього соціального оточення. Даний опитувальник дає об'єктивну інформацію про найважливіші показники адаптованості, дає змогу визначити відмінності рівня адаптованості у групах досліджуваних загалом. Результати опитувальника використовують у вибудовуванні логіки подальшої інтерпретації даних.

Для діагностики цілого ряду важливих факторів соціально-психологічної адаптованості, а також частково для контролю подібних факторів, що вимірюються іншими опитувальниками в нашій роботі, ми використовували *опитувальник Р. Кеттела*. Результати його застосування

дають змогу визначити психологічну своєрідність основних підструктур темпераменту та характеру. Причому кожен чинник містить як якісну і кількісну оцінку внутрішньої природи людини, а й включає її характеристику з боку міжособистісних відносин[10].

Для діагностики способів співвладної поведінки (копінг-стратегій) використовувалася *методика Р. Лазаруса*. За її допомогою діагностуються три взаємопов'язані види емоційної регуляції: регуляція емоцій, що переживаються (емоційно-орієнтовані копінги), регуляція поведінки (власних дій і вираження емоцій) і регуляція контексту, що викликає емоції (проблемно-орієнтовані копінги) [10].

У опитувальнику виділяються вісім особистісних стилів (копінг-стратегій).

1.Конфронтація. Вирішення проблеми за рахунок не завжди цілеспрямованої поведінкової активності, здійснення конкретних дій. Часто стратегія конфронтації розглядається як неадаптивна, проте, при помірному використанні вона забезпечує здатність особистості до опору труднощам, енергійність і підприємливість під час вирішення проблемних ситуацій, вміння відстоювати власні інтереси.

2.Дистанціювання. Подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок суб'єктивного зниження її значимості та ступеня емоційної залученості до неї.

3.Самоконтроль. Подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок цілеспрямованого придушення та стримування емоцій, мінімізації їх впливу на сприйняття ситуації та вибір стратегії поведінки, високий контроль поведінки, прагнення до володіння.

4.Пошук соціальної підтримки . Вирішення проблеми за рахунок залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної та дієвої підтримки.

5.Ухвалення відповідальності. Визнання суб'єктом своєї ролі у виникненні проблеми та відповідальності за її вирішення. Виразність даної стратегії у поведінці може призводити до невиправданої самокритики та

самобичування, переживання почуття провини та хронічної незадоволеності собою.

6.Втеча - уникнення . Подолання особистістю негативних переживань у зв'язку з труднощами за рахунок реагування на кшталт ухилення: заперечення проблеми, фантазування, невиправданих очікувань, відволікання. При виразній перевазі стратегії уникнення можуть спостерігатися інфантильні форми поведінки у стресових ситуаціях.

7.Планування вирішення проблеми . Подолання проблеми за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації та можливих варіантів поведінки, вироблення стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду та наявних ресурсів.

8.Позитивна переоцінка. Подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок її позитивного переосмислення, розгляду її як стимулу для особистісного зростання.

Успішність соціально-психологічної адаптованості залежить від ставлення до себе, визнання чи невизнання себе цінним і значним, гідним зайняти місце у соціумі.

Для діагностики самоставлення ми використовували *тест-опитувач самоставлення*, побудований відповідно до ієрархічної моделі структури цього феномена [10]. Самовідношення тут розглядається явний, безпосередньо-феноменологічний вираз особистісного сенсу «Я» для самого суб'єкта, що є результатом та інтегратором механізмів особистісної самосвідомості, як його емоційно-оціночна підсистема. Опитувальник представлений у Додатку 5 та включає наступні шкали:

Глобальне самовідношення – інтегральне внутрішньо недиференційоване почуття «за» та «проти» самого себе. *Самоповага* – шкала, що об'єднала твердження, що стосуються «внутрішньої послідовності», «саморозуміння», «самовпевненості». Мова йде про той аспект самоставлення, який емоційно та змістовно поєднує віру у свої сили, здібності, енергію, самостійність, оцінку своїх можливостей контролювати власне життя та бути послідовним, розуміння самого себе. *Аутосимпатія* – шкала, що відображає дружність –

ворожість до свого «Я». *Самоцікавість* – свідчить про міру близькості до самого себе, зокрема, інтерес до власних думок та почуттів, готовність спілкуватися із собою «на рівних», впевненість у своїй цікавості для інших. *Очікуване ставлення до інших* – шкала, що відображає очікування позитивного чи негативного ставлення до оточуючих. Опитувальник містить також сім шкал, спрямованих на вимір установки установки на ті чи інші внутрішні дії на адресу «Я» випробуваного.

Той чи інший рівень соціально-психологічної адаптованості визначає структура психологічного захисту (несвідомий рівень) та копінг-стратегій (свідомий та несвідомий рівні).

Для виявлення механізмів психологічного захисту, а також визначення рівня їхньої напруженості була використана *методика LSI*, розроблена в 1979 р. на основі психоеволюційної теорії R. Plutchik та структурної теорії особистості Н. Kellerman. Опитувальником діагностує ступінь виразності восьми механізмів психологічного захисту: заперечення, раціоналізація, витіснення, компенсація, гіперкомпенсація, проекція, регресія [10].

Дослідження проводилися у два основні етапи. Напершому відбувалося вивчення психологічних особливостей підлітків із діагнозом «дисплазія сполучної тканини», у якому взяли участь 6 підлітків – 3, які мають діагноз ДСТ, 3 - із бронхіальною астмою (БА), ще 6 учнів без порушень здоров'я утворили групу НОРМА, які проходять навчання в „Інклюзивно-ресурсному центрі № 1” Тернопільської міської ради. Другий етап був пов'язаний безпосередньо з дослідженнями особливостей їх соціально-психологічної адаптованості.

3.2. Особливості особистісного адаптаційного потенціалу підлітків з ДСТ: емпіричний вимір.

Оцінюючи рівень адаптованості, насамперед, розглянемо показник особистісного адаптаційного потенціалу (ОАП), що є інтегральною характеристикою психічного розвитку особистості і дає змогу диференціювати людей за рівнем стійкості впливу психоемоційних стресорів.

Отримані в результаті опрацювання методик дані свідчать про наступне:

- зафіксовано об'єктивне зниження рівня адаптованості підлітків з ДСТ не лише у порівнянні з підлітками без хронічних соматичних захворювань, а й у порівнянні з підлітками, що мають таке захворювання, як бронхіальна астма;

- нервово-психічна стійкість у групі ДСТ нижче, ніж у групах НОРМА і БА. Ця характеристика показує рівень поведінкової регуляції, при низькій сформованості якої підліток схильний до нервово-психічних зривів, до зниження самооцінки та неадекватного сприйняття її як ворожої стосовно нього.

- такі фактори, як нейротизм, тривожність і рівень внутрішнього конфлікту в контексті адаптованості здорових підлітків і підлітків з ДСТ значно перевищують показники норми. Відповідно до науково обґрунтованих критеріїв адаптованості, наведеним у розділі 1 нашої роботи, цей факт говорить про знижений рівень адаптованості підлітків з ДСТ;

- комунікативні здібності у групі ДСТ нижчі, ніж у групах НОРМА і БА. Під комунікативними здібностями розуміється вміння побудувати стосунки з іншими людьми. Це поняття також інтегрує кілька особистісних (наприклад, конфліктність) та соціальних рис (наприклад, наявність досвіду та потреби спілкування). Очевидно, розвиток комунікативних здібностей у групі ДСТ може бути важливим фактором компенсації, зниженої через захворювання. Комунікативні здібності – та змінна, яку можна цілеспрямовано формувати, тому при створенні програм із соціально-психологічної адаптації підлітків з ДСТ необхідно приділяти особливу увагу блоку розвитку комунікативні навички;

- привертає увагу відмінність за шкалою достовірності відповідей у групах ДСТ і БА: останні частіше схильні давати хибні відповіді. Це може свідчити про те, що у відповідь на труднощі хворі на бронхіальну астму швидше змінюють свою особистість, формуючи і підтримуючи так зване «хибне я», ніж протистоять труднощам і знаходять засоби їх подолання.

- показник «Пристосовність до хвороб» у групах ДСТ та БА значно нижча, ніж у групі НОРМА. На нашу думку, тут мають важливе значення два фактори: генетичний, який виражається у зниженому ОАП та впливає на

фізичний стан організму у вигляді соматичного страждання, а також психологічний фактор, який виражається у «хронічній втомі» від постійної конфронтації з хворобою та виснаження психологічних ресурсів;

- за показником «емоційна врівноваженість» також виявлено відмінності у групах ДСТ, БА та НОРМА. Найнижчими вони виявилися у студентів групи БА. Нагадаємо, що низькі бали за шкалою «емоційна врівноваженість» свідчать про емоційну стабільність, впевненість, про можливості контролювати свої суб'єктивні переживання. У деяких випадках низькі бали можуть бути результатом соціального тиску. Те, що саме група підлітків з бронхіальною астмою має низькі показники за цією шкалою в порівнянні з групами з ДСТ і НОРМА викликає сумнів, що інтерпретувати це можна як емоційну стабільність. Крім того, як ми писали вище, група підлітків з бронхіальної астми має тенденцію давати соціально схвалювані відповіді. В даному випадку низькі бали за цією шкалою, швидше за все, свідчать про результат соціального тиску і, як наслідок, пригніченість емоційної сфери. Таким чином, ми приходимо до висновку про те, що підлітки з ДСТ на відміну від підлітків з БА, мають більш стійке «Я» і менш схильні до соціального тиску. Між групами ДСТ і НОРМА відмінностей у показниках у цьому разі не виявлено;

- показники за шкалою «ворожість» у групах ДСТ та НОРМА не відрізняються. Група БА має порівняно з цими групами нижчі показники, що інтерпретується опитувальником, як низька критичність до інших людей, доброзичливість та розуміння.

Порівняльний аналіз соціально-психологічних факторів, які забезпечують підліткам високий рівень адаптованості

Для досягнення цілей дослідження необхідно звернути особливу увагу на тих підлітків, що відрізняються високим ступенем адаптованості. Припускаємо, що існує різниця в соціально-психологічних механізмах, що забезпечують адаптованість підлітків з діагнозом ДСТ, БА та підлітків групи НОРМА. З цією метою було проведено порівняльний аналіз факторів, які впливають на цей процес. Насамперед, у групах НОРМА та ДСТ ми відібрали піддослідних із високим рівнем адаптованості за інтегральним показником

ОАП. Відтак, за цим показником вони були рівні, але спостерігалися значні розбіжності у показниках психологічних чинників, з допомогою яких відбувається адаптація, тобто у її способах. Оцінка даних факторів проводилася за такими методиками: 16 – факторний опитувальник Р. Кеттела, опитувальник способів власної поведінки Р. Лазаруса, опитувальник Плутчика – Келлермана – Конте, тест-опитувальник самоствердження.

Отже, проаналізуємо отримані результати.

1. За показниками опитувальника Р. Кеттела значних відмінностей у всіх показниках у цих групах немає. Загалом можна говорити про те, що на аналітичному рівні особистісний профіль адаптованого підлітка з діагнозом ДСТ та підлітка без захворювань ідентичний.

2. За показниками, що виражають копінг-стратегії "конфронтація", "дистанціювання", "прийняття відповідальності" групи НОРМА та ДСТ мають деякі відмінності. Але усі вони належать до емоційно-орієнтованих, тобто спрямованими на регуляцію емоцій, що переживаються, подолання емоційного збудження, спричиненого стрессором. Це не активні копінги, спрямовані на вирішення проблемної ситуації, але їхнє застосування також може сприяти адаптації людини у скрутній ситуації. Емоційно-орієнтовані копінг-стратегії знаходяться на межі класичних захисних механізмів та власне копінг-стратегій. Їх ефективність не оцінюється однозначно, вона визначається як результат взаємодії між видом копіngu (наприклад, проблемно-орієнтований або емоційно-орієнтований) та актуальною чи сприйманою контрольованістю ситуації. Загалом проблемно-орієнтовані копінги ефективні у контрольованих ситуаціях, емоційно-орієнтовані – у неконтрольованих. Можливо, розвиток таких способів справляє поведінки у підлітків з ДСТ пов'язано, насамперед, зі спробами впоратися з внутрішньою тривожністю.

Так, у групі ДСТ виразність «конфронтації» вища, ніж у групі НОРМА-ВА. При його використанні вирішення проблеми відбувається за рахунок не завжди цілеспрямованої активності поведінки та здійснення конкретних дій. Часто стратегія конфронтації сприймається як неадаптивна,

проте, при помірному використанні вона забезпечує здатність особистості до опору труднощам, енергійність і підприємливість під час вирішення проблемних ситуацій, вміння відстоювати власні інтереси. Очевидно, в даному випадку так і відбувається: кількість активності, дій, які хай і не завжди досягають мети, допомагає певним чином впоратися з ситуацією, а, головне, з емоційною напругою, і сприяє підвищенню рівня адаптованості.

3. У групі ДСТ виразність «дистанціювання» вища, ніж у групі НОРМА. При дистанціюванні подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою відбувається за рахунок суб'єктивного зниження її значущості та ступеня емоційної залученості до неї. Характерно використання інтелектуальних прийомів раціоналізації, перемикання уваги, усунення, гумору, знецінення. Підлітки з ДСТ частіше використовують такий спосіб упорання зі стресом. Очевидно, для збереження емоційної стабільності підліткам із ДСТ необхідна більш «товста шкіра», більш розвинене вміння «не включатися» до переживань порівняно зі здоровими підлітками. Такий вид адаптації пов'язаний з інтелектуальним розвитком, включає прийоми раціоналізації, аналізу ситуації та вимагає усвідомленого підходу до його використання.

4. У групі ДСТ вираженість копінгу «прийняття відповідальності» вище, ніж у групі НОРМА. Він визначає визнання суб'єктом своєї ролі у виникненні проблеми та відповідальності за її вирішення, у ряді випадків із виразним компонентом самокритики та самозвинувачення. Виразність такої стратегії у поведінці може призводити до невинуватної самокритики та самобичування, переживання почуття провини та хронічної незадоволеності собою. В даному випадку, на наш погляд, шкода для суб'єкта може бути при поширенні ним власної відповідальності на «чужу територію», коли людина не відчуває «кордонів», зазнає емоційного стресу там, де реально нічого не може зробити. Також зайва розвиненість почуття провини та критики себе сприяють «застряганню» на переживаннях та гальмуванні діяльності. При розвиненому копінгу «прийняття відповідальності» підвищення адаптованості може відбуватися за рахунок встановлення емоційно близьких відносин та підвищеної турботи про тих, кому це підходить і хто натомість готовий давати

щось інше.

5. Між групами НОРМА і ДСТ існують відмінності у вираженості двох механізмів психологічного захисту: заперечення і гіперкомпенсації. У групі ДСТ рівень заперечення нижчий, ніж у групі НОРМА, а рівень гіперкомпенсації вищий. На відміну від копінг-стратегій, захисні механізми мають несвідомий характер та мимовільну природу процесів. У разі їх використання людина може помилятися, однак її дії керуються метою наближення до реальності. У цьому випадку завжди є визнання проблеми як проблеми. При використанні захисних механізмів людина не перевіряє реальність, а змінює свій стан незалежно від неї, щоб зменшити негативні емоції.

6. Різниці в інтегральному показнику між високоадаптованими здоровими підлітками та високоадаптованими підлітками з ДСТ немає, однак спостерігаються відмінності по чотирьох приватних складових: одні з них вищі, а інші – нижчі у підлітків із ДСТ, що й пояснює відсутність відмінностей загалом. Але поряд з цим, даних групах існують достовірні розбіжності у вираженості показників «самоповага» і «самовпевність». Дані показники групи ДСТ нижче, ніж у групі НОРМА. Відтак очевидно, що підлітки з ДСТ відрізняються дещо більшою *самоповагою*, але меншою самовпевненістю, самоприйняттям і саморозумінням. Відповідно до змісту конструкту «самоповага» цей фактор передбачає оцінювання себе за результатами діяльності, за об'єктивними досягненнями. Високоадаптовані підлітки з ДСТ, як було зазначено раніше, відрізняються достатньою цілеспрямованістю і навіть певним застряганням на досягненні результату. Активність та успішність діяльності формує у підлітка самоповагу, але вони не можуть приймати себе «безумовно», їм потрібен об'єктивно зафіксований показник (оцінка за контрольну роботу, похвала викладачем їхніх результатів тощо). За наявності захворювання, яке має стигми зовнішніх проявів, впевненість у собі для підлітка із ДСТ стає складним завданням. Опора на себе, на свої ресурси є важливим фактором, що впливає на адаптованість. Серед високоадаптованих підлітків із ДСТ є такі, які мають дуже низькі показники самовпевненості,

очевидно, їм якимось чином вдається це компенсувати.

Наступним кроком у дослідженні особливостей соціально-психологічної адаптованості є порівняльний аналіз груп підлітків з дисплазією та бронхіальною астмою з високим рівнем адаптованості. Розглянемо отримані результати:

1. Виявлені значні відмінності за такими показниками: загальний рівень інтелекту (В), сила «супер-его» (G), ступінь радикалізму (Q1), рівень контролю (Q4). При порівняльному аналізі аналогічних даних групи ДСТ і НОРМА такої різниці помічено не було. Це дає змогу нам припустити, що особистісний профіль високоадаптованих здорових підлітків виявляє більшу схожість з високоадаптованими підлітками з ДСТ, ніж із бронхіальною астмою, тобто спосіб адаптації підлітків з ДСТ найбільш схожий із способом адаптації здорових підлітків, ніж підлітків з бронхіальною астмою.

2. За показником загальний рівень інтелекту (В) групи ДСТ та БА мають деякі відмінності. У першій він значно вищий, ніж у другій. Формально, підлітки з обох груп навчаються у навчальних закладах одного рівня і не страждають на інтелектуальні проблеми. Можливо, відмінності пов'язані зі специфікою захворювань. Об'єктивно бронхіальна астма є соматично більш тяжким захворюванням, що становить загрозу життю, і у підлітка, який страждає на них, відбувається зміна системи цінностей. Виникає її зміщення, яке шкодить інтелектуальному та особистісному розвитку.

3. У групі ДСТ «сила супер-его» значно нижче, ніж у групі БА. Так, підлітки з астмою мають високий рівень звернення до соціальних норм, схильні діяти, виходячи з принципів і правил, мають високий рівень стримування своїх почуттів. Проте, виходячи зі специфіки захворювання, підлітки з астмою живуть за умов більшої визначеності, ніж підлітки з ДСТ.

4. У групі ДСТ сприйнятливість до радикалізму значно нижче, ніж у групі БА. Тут також важливо відзначити, що значення показників групи ДСТ лежать в області середніх значень, а групи БА – мають завищений рівень, доходять до крайніх значень. Висока вираженість цього чинника показує швидше за все невротичний рівень розвитку, тобто швидше демонстрацію радикалізму.

5. За показником Q_4 (рівень контролю) групи ДСТ та БА також мають відмінності. У групі першій рівень розвитку контролю значно нижче, ніж у другій. На наш погляд, це можна пояснити специфікою захворювань: підлітки з бронхіальною астмою змушені мати підвищений контроль, оскільки від цього залежить їхнє життя.

6. У групі ДСТ рівень розвитку дистанціювання (Д) значно нижче, ніж у групі БА. Так, у групі БА спостерігається високий рівень показника цієї копінг-стратегії порівняно зі здоровими підлітками та підлітками з ДСТ. Дистанціювання (Д) означає свідоме здійснення когнітивних зусиль зниження емоційної значимості ситуації. Підлітки з бронхіальною астмою частіше усуваються від емоційно значущих для них ситуацій, що можна пояснити, на наш погляд, високим емоційно-негативним навантаженням, яке вони несуть у зв'язку із захворюванням. Додаткове навантаження їм витримати стає дуже складно. Виявлені відмінності достатні для того, щоб припустити, що між окремими соціально-психологічними особливостями особистості підлітків з ДСТ та рівнем їхньої адаптованості можуть існувати причинно-наслідкові зв'язки як в одному, так і в іншому напрямку.

На основі аналізу отриманих даних спробуємо проаналізувати ті змінні, які певною мірою визначають рівень сформованість особистісного адаптаційного потенціалу. Для підлітків із ДСТ такими змінними будуть: товариськість, здатність до встановлення контактів (А), емоційна стійкість (С), спокійна самовпевненість (О), ступінь радикалізму (Q_1), рівень контролю (Q_4), а також копінг-стратегії: прийняття відповідальності (ПЗ), втеча-уникнення (БІ) та психологічний захист заперечення (О).

У той самий час формування високого рівня адаптованості у здорових підлітків спирається такі особисті якості, як емоційна стійкість (С), ступінь активності у соціальних контактах (Н), спокійна самовпевненість (О), рівень контролю (Q_4), а також копінг-стратегія втеча-уникнення (БІ). Спільними для обох груп є чотири фактори: С, О, Q_4 та БІ. Для досягнення високого рівня адаптованості підліткам з ДСТ потрібна наявність більшого числасильних особистісних якостей, ніж здоровим підліткам, що, звісно, є гіперкомпенсацією захворювання. Відтак вони

повинні володіти підвищеними здібностями до встановлення контактів, мати внутрішню незалежність від суспільних норм (що є генетично зумовленим фактором), високий рівень відповідальності та виражений рівень психологічного захисту заперечення. Підлітки з ДСТ мають бути не просто товариські, а й виявляти ініціативу в контактах. Отож:

1. Високий рівень адаптованості у підлітків з ДСТ причиною формування таких особистісних якостей, як ступінь стриманості (F), спокійна самовпевненість (O), внутрішній контроль (Q_3), аутосимпатія (II).

2. Висока адаптованість групи НОРМА є причиною розвитку таких особистісних якостей, як емоційна стійкість (З), внутрішній контроль, вираженість вольових характеристик (Q_3), копінг-стратегій прийняття відповідальності (ПО), позитивна переоцінка (ПП). Спільним особистісним якістю обох груп є внутрішній контроль і виразність вольових характеристик (Q_3).

3. Серед підлітків з ДСТ фактор психологічної стійкості (O) є причиною і наслідком високої адаптованості. Спокійна впевненість у собі, нечутливість до думки себе сприяють адаптації, а за високому рівні адаптованості зростає упевненість у собі.

4. При високій адаптованості у підлітків з ДСТ утворюється аутосимпатія, тобто прихильність до свого «Я», самоприйняття. Це схвалення себе загалом й у суттєвих деталях, довіра себе і позитивна самооцінка. У групі НОРМА такої закономірності виявлено. Швидше за все, це пов'язано з тим, що у цій групі вона існує спочатку.

5. Копінг-стратегія прийняття відповідальності (ПЗ) у групі ДСТ є чинником формування високої адаптованості, а групі НОРМА – це її наслідок. Як ми з'ясували раніше, відповідальність у групі з ДСТ – це гіпервідповідальність. В даному випадку вона стає причиною критики до себе та незадоволеності собою, що стимулює (не завжди) особистісне зростання та підвищення адаптованості. У здорових підлітків висока адаптованість сприяє підвищенню відповідальності.

6. У групі НОРМА фактор емоційної стійкості (C) є причиною і

наслідком високої адаптованості. Він сприяє її зростанню, і в той же час при підвищенні адаптованості відбувається його подальший розвиток.

3.3 . Структурні особливості психіки підлітків із ДСТ, диференційованих за рівнем адаптованості, у порівнянні зі здоровими підлітками

Аналітичний етап дослідження специфіки адаптованості підлітків з ДСТ показав, що існують відмінності між адаптованими та неадапованими підлітками з ДСТ та відмінності між адаптованими підлітками, що належать до групи НОРМА та адаптованими підлітками з ДСТ. Було показано деякі механізми формування адаптованості та її ролі у подальшому становленні особистості. Проте аналітичного дослідження недостатньо для формулювання системних психолого-педагогічних рекомендацій. Оскільки психіка системна і функціонує з урахуванням компенсаторного принципу, необхідно виділення тих психічних структур, які мають базовий характер, і рахунок яких у системі може здійснюватися компенсація обмежень. Структурний рівень аналізу передбачає побудова структурограм окремих підсистем психіки. У нашому випадку такими окремими підсистемами виступають особисті якості та блок стратегій додання (психологічні захисту, копінг-стратегії).

Отож, структурний етап дослідження має власну логіку. Окремо порівнювалися структури особистісних якостей та структури стратегій подолання яксоціально-психологічні особливості, що мають безпосередній зв'язок із рівнем адаптованості, що було показано у розділі 1.

1.Спочатку необхідно порівняти дві основні вибірки дослідження – підлітків із ДСТ та підлітків без виявлених патологій. Це порівняння дозволить з'ясувати, які специфічні особливості має структура особистісних якостей і структура стратегій додання підлітків з ДСТ, які якості всередині структури є базовими.

2.Далі порівнюються структури особистісних якостей і стратегій подолання у підлітків з ДСТ, диференційованих за рівнем ОАП. Це дасть змогу виявити базові якості, що лежать в основі адаптованості, і відповісти на

питання, наскільки організована структура і наскільки вона має компенсаторні можливості.

3. На закінчення аналізу порівнюються структури особистісних якостей і стратегій долаття високоадаптованих підлітків з діагнозом ДСТ без виявлених соматичних патологій. В даному випадку, можливо точно відповісти на питання, які саме якості базово визначають адаптованість підлітків за наявності у них діагнозу ДСТ.

При аналізі ступеня організованості структур особистісних якостей, мірою якої є індекс організованості структури (ІОС), помітні певні тенденції. Так, індекси організованості вищі у підлітків із ДСТ. Це вказує, з одного боку, про необхідність великих компенсаторних можливостей для організації життєдіяльності таких підлітків, а, з іншого, про більшу ригідність симптомокомплексу особистісних якостей. Загалом при порівнянні двох базових вибірок (ДСТ, НОРМА) ми не спостерігаємо суттєвих відмінностей, але як тільки в диференціацію вибірок запроваджується соціально-психологічна змінна (особистісний адаптаційний потенціал), фіксуються значні відмінності – ІОС у адаптованих підлітків з ДСТ майже втричі більше, ніж аналогічний у адаптованих підлітків у нормі. Можливо наступне пояснення такого феномену – для підлітка без соматичного захворювання процес адаптації та досягнення певного рівня адаптованості відбувається природно, спонтанно, тоді як підліток з ДСТ за наявності рефлексивних механізмів регуляції поведінки усвідомлено «працює» над досягненням адаптованості, не оперуючи таким терміном, але вкладаючи в це поняття певний статус групи, певне ставлення із боку соціального оточення. Можна говорити про високу психологічну ціну адаптованості у підлітків із ДСТ.

Для опису якісного своєрідності структур поруч із аналізом структурних індексів важливо проаналізувати зміст базових для цієї структури якостей, тих елементів структури, які мають максимальну кількість зв'язків коїться з іншими елементами, тобто. мають найбільшу структурну вагу. Базові якості відіграють найбільшу роль при структуруванні системи якості. Усі інші якості

синтезовані навколо них. Вся структура значною мірою складається з урахуванням цих аспектів, які виступають як її інтегратор. При цьому базові якості може бути пов'язані безпосередньо із зовнішнім критерієм, тобто у нашому випадку не бути взаємопов'язаними з жодною зі шкал опитувальника. Зв'язок цих якостей з результативними показниками складніший і опосередкований. Вони, об'єднуючи всю структуру, впливають і процес адаптації та її результату – адаптованість у вигляді інтегрування інших аспектів.

Для групи підлітків із ДСТ (вся вибірка) базовими якостями є: емоційна стійкість (С), стриманість (F), рівень контролю (Q4). Для групи НОРМА такою якістю є лише емоційна стійкість (С). Абсолютний показник цього чинника також середній. Таким чином, ми вийшли на загальну якість – фактор С, який, ймовірно, у підлітковому віці є базовим у загальному випадку. Для підлітків з ДСТ також важливо наявність певного рівня розвитку факторів Fі Q4 для того, щоб на їх основі формувалися й інші особисті якості, що забезпечують підлітку адаптованість.

Для групи ДСТ базовими є ступінь чуттєвості (І), ступінь довірливості (L), ступінь емоційної витонченості (N), ступінь відкритості (А), ступінь залежності від групи (Q2). Останній знаходиться на межі норми, тобто для підлітків з низькою адаптованістю характерна залежність від групи, орієнтація на думку більшості. Для групи НОРМА у структурі особистісних характеристик базовими виступають якості емоційна стійкість (С), ступінь відкритості (А), свідомість (G). Показники цих факторів перебувають у середньопопуляційних межах.

Таким чином, узагальнюючи аналіз результатів, викладених у цьому розділі, та враховуючи факт відсутності відмінностей у рівні виразності окремих особистісних рис у високоадаптованих підлітків (групи ДСТ і НОРМА), можна говорити, що рівень адаптованості підлітків з ДСТ детермінований особливостями саме структурної організації особистісних характеристик підлітка, їх симптомокомплексом.

У кожній із досліджуваних груп необхідно визначити базові показники

психологічних захистів та копінг-стратегій, які становлять основу способу адаптації у кожній групі. Розглянемо, наскільки організовані структури стратегій подолання кожної з досліджуваних вибірок.

Для групи підлітків із ДСТ (вся вибірка) базовими показниками є: прийняття відповідальності (ПЗ), планування вирішення проблеми (ПРП), позитивна переоцінка (ПП), регресія (РГ), заперечення (О). Абсолютні значення копінг-стратегій прийняття відповідальності (ПЗ), планування вирішення проблеми (ПРП) середні-високі, а позитивна переоцінка має високий рівень виразності (табл. у Додатку), рівень виразності регресії (РГ) та заперечення (О) знаходиться на верхньому кордоні середнього показника.

Для групи НОРМА базовими є психологічні проєкція захисту (П), заміщення (З), раціоналізація (Р). Абсолютний показник заміщення (З) на нижній межі норми, проєкція (П) на рівні середньопопуляційного значення, а раціоналізація (Р) на верхньому кордоні норми. Таким чином, підлітки з групи НОРМА практично не використовують механізм заміщення, а віддають перевагу раціоналізації, яка відноситься до категорії вищих захистів. Порівнюючи ці дані з інформацією, представленою в абзаці вище, зазначимо, що підлітки з ДСТ тяжіють до нижчих психологічних захистів (регресія, заперечення).

Розглянемо специфіку базових справляються стратегій у групах, диференційованих за рівнем адаптованості. Для групи ДСТ базовими показниками є копінг-стратегії конфронтаційний копінг (КК), пошук соціальної підтримки (ПСП), самоконтроль (С).

Для групи ДСТ базовими показниками є планування розв'язання проблеми (ПРП), регресія (РР). Показник планування вирішення проблеми (ПРП) – на верхній межі норми, показник регресії (РГ) – вищий за середньопопуляційний. Порівнюючи групи ДСТ та ДСТ, відзначимо, що перші з них базово спираються на можливість пошуку соціальної підтримки, що вже свідчить про їхню адаптованість, оскільки за соціальною підтримкою, швидше за все, можна звертатися («дозволяти її собі»), маючи певні високі показники соціально-психологічної адаптованості. Парадоксальне поєднання як базових

у низькоадаптованих підлітків з ДСТ таких стратегій додання, як регрес та планування вирішення проблеми, можна пояснити тим, що власне вирішення проблеми немає, є лише побудова планів подальших дій, які не будуть реалізовані самостійно. Підліток наче чекає, що хтось прийде та виконає все за нього.

Для групи НОРМА у структурі копінг-стратегій та психологічними захистами базовими виступають копінг-стратегія втеча - уникнення (БІ), психологічні захисту заміщення (З), раціоналізація (Р). Абсолютний показник заміщення (З) на нижній межі норми, а раціоналізація (Р) на верхній межі норми. Втеча – уникнення (БІ) використовується такими підлітками ситуативно, коли справді є виправданим. Якщо порівнювати базові стратегії групи НОРМА-ВА і групи ДСТ-ВА, що посідають, то помітно, що замість втечі - уникнення (БІ), властивого ситуативно підліткам в нормі, підлітки з ДСТ використовують конфронтацію. Вони протиставляють себе іншим, щоб відчувати власну значущість, тоді як підлітки групи НОРМА не потребують такого додаткового підкріплення власної самооцінки і можуть просто переривати контакт.

Таким чином, порівняння змісту та значень стратегій додання та психологічних захистів, що є базовими, показало, що для кожної групи досліджуваних підлітків вони різні. Різними є й самі структури. Зазначимо також полярний характер структур психологічних захистів у адаптованих підлітків із ДСТ та групи НОРМА, що свідчить про абсолютно протилежну роль кожної стратегії подолання у механізмі соціально-психологічної адаптації.

Узагальнюючи сказане вище можна виділити стратегії адаптації у групах підлітків з ДСТ, бронхіальною астмою та здорових підлітків з різним рівнем адаптованості. Дані представлені у табл. 3

Таблиця 3.

Стратегії адаптації у досліджених групах підлітків.

Група	Базові якості	Стратегії адаптації
ДСТ	Ступінь чуттєвості (І), ступінь довірливості (L), ступінь витонченості (N) – середні показники. конфронтаційний копінг (КК), пошук соціальної підтримки (ПСП), самоконтроль (С) – високі показники	Активна зміна середовища
ДСТ	Ступінь відкритості (А) - середній, ступінь залежності від групи (Q ₂) – вищий за середній, планування вирішення проблеми (ПРП) – високий, регресія (РГ) – високі показники	Уникнення контакту з середовищем і занурення у внутрішній світ; пасивне підпорядкування умовам середовища
НОРМА	Ступінь відкритості (А), емоційна стійкість (С), свідомість (G) – високі показники, втеча-уникнення (БІ), – середній показник психологічного захисту заміщення (З) – середній, раціоналізація (Р). - Високий показник	Активне перетворення себе Відхід з середовища та пошук нового
АСТМА	Ступінь відкритості (А), сила «супер-ЕГО» (G), ступінь радикалізму (Q ₁) – високі показники, рівень контролю (Q ₄) – середній показник, дистанціювання (Д) – середній показник	Пасивна репрезентація себе Пасивне вичікування зовнішніх змін

Висновок до розділу 2.

Підсумовуючи дослідженням, яке було спрямоване на виявлення розбіжностей у чинниках, визначальних соціально-психологічну адаптованість підлітків з ДСТ, можна зробити наступні висновки:

1. Підлітки з діагнозом ДСТ відрізняються нижчим показником адаптаційного потенціалу, зумовленим їхньою низькою нервово-психічною

стійкістю, недостатньою сформованістю комунікативних навичок, низькою психологічною опірністю хворобам.

2. Близько третини підлітків з ДСТ мають високі показники адаптованості. Від підлітків із низьким рівнем адаптованості їх відрізняє емоційна стійкість, реалістичність, практичність, орієнтація на результат та соціальне схвалення.

3. Існують відмінності у механізмах, що забезпечують високу адаптованість підліткам із ДСТ у порівнянні з підлітками безсоматичних захворювань. Підлітки з ДСТ досягають високого рівня адаптованості, завдяки розвитку комунікативних здібностей, внутрішньої незалежності від впливу суспільних норм, вищого рівня прийняття відповідальності.

4. Специфіка структурної організації особистісних характеристик високоадаптованих підлітків з ДСТ полягає в тому, що базовими якостями для них є раціональний погляд на навколишню дійсність, дружність, відкритість, дипломатичність, тоді як для високоадаптованих підлітків без соматичного захворювання такими якостями є готовність до спілкування, емоційний контроль, вольова регуляція соціальної поведінки. Стратегії адаптації у досліджених групах підлітків різні.

ВИСНОВОК

Для досягнення поставленої в роботі мети виявлення соціально-психологічних змінних, пов'язаних з рівнем адаптованості підлітків з ДСТ та забезпечення компенсації психологічних обмежень, пов'язаних з діагнозом, нами було проведено емпіричне дослідження. Грунтовний аналіз літературних джерел засвідчив, що у міждисциплінарних дослідженнях, присвячених вивченню осіб з діагнозом ДСТ, приділяється недостатньо уваги соціально-психологічним феноменам, що супроводжують їх життєдіяльність. У тому числі практично відсутні роботи, які розкривають специфіку соціально-психологічної адаптації підлітків із таким захворюванням. У той же час медична статистика свідчить, що кількість таких підлітків зростає. Відтак нині вкрай необхідні спеціальні психолого-педагогічні програми, побудовані з урахуванням психологічного портрета підлітка та спрямовані на оптимізацію процесу соціально-психологічної адаптації та на досягнення певного рівня адаптованості. Для того щоб мати повне уявлення про фактори, що супроводжують високу соціально-психологічну адаптованість, нами було виділено змінні, які гіпотетично пов'язані з механізмом адаптації. Набір цих змінних лігв основу емпіричного дослідження, що проводиться на загальних вибірках (ДСТ, Норма, БА). Таким чином, певною мірою було нівельовано існуюче протиріччя між затребуваністю психологічної практикою теоретичної основи для індивідуалізації методів психологічної допомоги підліткам з ДСТ та рівнем розробленості теми, що розкриває закономірності соціально-психологічної адаптації у разі соматичного генетичного захворювання.

Аналіз літературних джерел, що передували емпіричному дослідженню, дозволив припустити, що з усього спектра індивідуально-психологічних характеристик особистості найбільш істотний вплив на соціально-психологічну адаптованість надають особистісні риси, які віддають перевагу стратегії справлення, фактори самоставлення. Даний висновок став вихідною точкою для розробки процедури та реалізації емпіричного дослідження, заявленою метою якого було виявлення

соціально-психологічних змінних, пов'язаних з рівнем адаптованості підлітків з ДСТ та забезпечення компенсації психологічних обмежень, детермінованих діагнозом.

Емпіричне дослідження було побудовано за певною логікою. На першому етапі порівнювалася адаптованість підлітків, що належать до різних груп соматичної патології та норми за рівнем вираженості особистісного адаптаційного потенціалу в цілому та його окремих складових; на другому етапі аналізувався ступінь специфічності соціально-психологічних характеристик високоадаптованих підлітків з ДСТ, порівнювалися соціально-психологічні характеристики адаптованих підлітків у нормі, з ДСТ та з бронхіальною астмою; на третьому етапі проводився порівняльний аналіз соціально-психологічних особливостей підлітків із дисплазією сполучної тканини, диференційованих за рівнем адаптованості; на четвертому етапі розглядалися структурні особливості особистісного симптомокомплексу і системи стратегій справляє поведінки підлітків з ДСТ, диференційованих за рівнем адаптованості та виділялися базові параметри, що лежать в основі високого та низького ОАП.

Узагальнення отриманих результатів дало змогу сформулювати такі **ВИСНОВКИ:**

1. Підлітки з генетично детермінованим захворюванням дисплазія сполучної тканини мають особливості в процесі соціально- психологічної адаптації, пов'язані з їх психологічним і фізіологічним станом. Підлітки з діагнозом ДСТ відрізняються нижчим показником адаптаційного потенціалу, зумовленим їх низькою нервово-психічною стійкістю, недостатньою сформованістю комунікативних навичок, низькою психологічною опірністю хворобам.

2. Підлітки з діагнозом ДСТ можуть мати як високий, і низький рівень адаптивованості. Як і високоадаптовані здорові підростки, високоадаптовані підлітки з ДСТ відрізняються такими характеристиками, як емоційна стійкість, психологічна стійкість у важких життєвих ситуаціях, рівень контролю, а також копінг-стратегія «втеча-уникнення». Крім того, у них,

порівняно зі здоровими підлітками, спостерігається більш високий рівень виразності таких психологічних характеристик, як відкритість, здатність до встановлення контактів, ступеня радикалізму, внутрішньої незалежності особистості від впливу суспільних норм, а також копінг-стратегії прийняття відповідальності, що дозволяє їм компенсувати обмеження, пов'язані із хворобою.

3. Існують відмінності в механізмах, що забезпечують високий рівень адаптованості підліткам з ДСТ у порівнянні з підлітками без соматичних захворювань. Підлітки з ДСТ досягають високого рівня адаптованості завдяки розвитку комунікативних здібностей, внутрішньої незалежності від впливу суспільних норм, вищого рівня прийняття відповідальності.

4. Специфіка структурної організації особистісних характеристик високоадаптованих підлітків з ДСТ полягає в тому, що базовими якостями для них є раціональний погляд на навколишню дійсність, дружність, дипломатичність, тоді як для підлітків без соматичного захворювання такими якостями є готовність до спілкування, емоційний контроль, вольове регулювання соціальної поведінки.

Соціально-психологічні фактори, що забезпечують підліткам з ДСТ високий рівень адаптованості, діють у симптомокомплексі, що має високі компенсаторні можливості. За наявності генетичного соматичного захворювання високоорганізована система соціально-психологічних змінних є *більшим* ресурсом для досягнення адаптованості, ніж рівень вираженості тієї чи іншої окремої соціально-психологічної змінної.

Підлітки з ДСТ, з бронхіальною астмою та здорові підлітки мають різні стратегії адаптації. У високоадаптованих підлітків з ДСТ домінує стратегія активного перетворення середовища, у низькоадаптованих – стратегії уникнення контакту з середовищем та занурення у внутрішній світ, а також пасивне підпорядкування умов середовища. Високоадаптовані здорові підлітки воліють активне перетворення себе та зміну свого соціального оточення, а високоадаптовані підлітки з бронхіальною астмою – пасивну репрезентацію себе та пасивне вичікування зовнішніх змін.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бохонкова Ю. О. Соціально-психологічна адаптація першокурсників до умов вищих навчальних закладів : монографія / Ю. О. Бохонкова; Східноукр. нац. ун-т ім. В. Даля. Луганськ, 2011. 199 с.
2. Бакуридзе-Маніна В.Б., Лебеденко, Є.Є., Забара О.Ю., Канюка Є.В. Результати анкетування осіб з дисплазією сполучної тканини. Здоров'я нації і вдосконалення фізкультурно-спортивної освіти: матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції, 3-4 жовтня 2019 р. Друкарня Мадрид, Харків, С. 67-70.
3. Булах І. Соціальна обумовленість процесу адаптації та її етапи. Соціальна педагогіка і адаптивність особистості / За ред. В. Слюсаренко. Суми: Мрія, 1994. С. 94–101.
4. Баклунов В.В. Особливості перебігу рецидивуючого бронхиту у дітей з системною дисплазією сполучної тканини. Мат. 11го з'їзду педіатрів України «Актуальні проблеми педіатрії на сучасному етапі». Київ, 2003. С. 109-110.
5. Гринчук О.І. Проблема адаптації як психолого-педагогічний феномен. Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. Івано-Франківськ: "Плай" Прикарпатського університету, 2002. Вип. 7. Ч. 1. С. 70–78.
6. Ваценко А. В. Сучасний погляд на проблему дидактичної адаптації / А. В. Ваценко, Н. А. Улановська-Циба, Н. О. Передерій. Editorial board. 2020. Р. 279. URL: <http://elib.umsa.edu.ua>.
7. Вікова та педагогічна психологія: навч. посіб. / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук [та ін.] К.: Просвіта, 2001. 416 с.
8. Зв'язок фізичного потенціалу з іншими частинами адаптаційного потенціалу особистості / О.Д. Литвиненко. I V Міжнародна науково – практична інтернет – конференція «Пізнавальний та перетворювальний потенціал історичної психології як науки». Одеса: Одеський нац. ун – т, 2017. 215 с.
9. Зеленская К. О. Сравнительный анализ особенностей адаптации к учебной деятельности студентов первокурсников. Таврический журнал психиатрии. 2011. Т. 15, № 2 (52). С. 22.

10. Ісаєвич С.І. Психодіагностика. Навчально-методичний комплекс. Ужгород, 2017. 55 с.
11. Комар Т.О. Особливості соціально-психологічної дезадаптації студентів з обмеженими можливостями та їх психокорекція: Автореф. дис. ... канд. психол. наук, 19.00.07 / Національна академія Державної прикордонної служби України імені Богдана Хмельницького. Хмельницький, 2005. 20 с.
12. Коваленко В.М. Хвороби системи кровообігу як медико – соціальна і суспільно – політична проблема. / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький. К., 2014. 279 с.
13. Кожина Г. М. К проблеме адаптационного синдрома студентов младших курсов ВУЗов III-IV уровней аккредитации. Архив психиатрии. 2011. Т. 17, № 4 (67). С. 32–35.
14. Кожина Г. М. Психопрофілактика порушень адаптації першокурсників до навчальної діяльності у вищому навчальному закладі в умовах кредитно-модульної системи освіти. Медична психологія. 2011. № 4 (24). С. 78.
15. Кулакевич Т.В. Основні підходи до управління стресовими станами. Психологічні науки: проблеми і здобутки. 2014. №5. С. 35–47.
16. Лобунець Г. Ю. Проблема розладів психічної сфери студентів, які мають інвалідність. Медична психологія. 2012. № 4. С. 48–50.
17. Магдисюк Л. І., Грицюк І. М., Замелюк М. І. Особливості виникнення психосоматичних розладів у підлітків. The psychological health of the personality and society: the challenges of today : monograph / Eds. Małgorzata Turbiarz & Hanna Varina. Opole: The Academy of Management and Administration in Opole, 2020. Part 1.5. P. 36-41.
18. Максименко С.Д. Медична психологія. Вінниця: Нова книга, 2013. 209 с67
19. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Навчальний посібник / С.Д. Максименко, Н.Ф. Шевченко Київ: Ніжин, 2007. 115 с.
20. Масік О.І. Клінічні особливості та лікування психічних розладів у

підлітків з соматичними захворюваннями: дисертація. Вінниця, 2019. 290 с.

21. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (переклад затверджено розпорядженням Кабміну від 28 грудня 2017 року № 1008).

22. Надвинична Т. Л. Психологічні механізми забезпечення психічного здоров'я особистості в умовах стресу. Protection of children's rights from a legal, pedagogical and psychological perspective. Monograph, Red. Jacek Mrozek, Oksana Homotiuk, Oksana Koval. Olsztyn 2021, Publisher: Centre for Eastern Europe Research UWM in Olsztyn, ISBN 978-83-61605-55-3., p. 97 – 105.

23. Неханевич О.Б. Особливості лікарського контролю за особами з ознаками дисплазії сполучної тканини на етапах відбору та спортивного вдосконалення: 70 дис. ...доктора мед. наук : 14.01.24 / Неханевич Олег Борисович. –Дніпропетровськ, 2016, - 308 с.

24. Носенко Е. Л., Аршава І. Ф., Кутовий К. П. Форми відображеної оцінки емоційної стійкості та емоційної розумності людини: монографія. Дніпропетровськ: Інновація, 2011. 178 с.

25. Олефір В. О. Взаємозв'язок життєстійкості, копінг – стратегій та психологічного благополуччя. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія : Психологія. 2011. № 981, вип. 47. С. 168–172.

26. Омельченко Л.І. До питання про поширеність дисплазії сполучної тканини у дітей / Л.І. Омельченко, О.А. Ошлянська, Г.В. Скибан, В.Б. Ніколаєнко Перинатология и педиатрия. 2009. № 3(31). С. 80-83.

27. Перетятко Л.Г. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. Психологія і особистість. 2017р., № 2. С.137–147.

28. Пипа Л.В., Лисиця Ю.М., Свістільник Р.В. Соматоформні (психосоматичні) розлади у дітей. Актуальність проблеми в сучасній педіатричній практиці (частина І) Современная педиатрия: наук-практ. журн. Вінниця, 2015. Вип. 2(66). С.123-127.

29. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов. Київ: Академвидав, 2006. 424 с.

30. Психологія людини: Л. С. Виготський та сучасна наука: зб. ст. / за ред. М. В. Папучі. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2018. Вип. 1. 127 с.
31. Психосоматичні захворювання. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki>
32. Пшук Н. Г. Роль психосоціальних чинників в генезі соціальної дезадаптації у студентської молоді. Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, № 2 (83). С. 86–91.
33. Римша С. В. Клініко-фізіологічні основи психосоматичних співвідношень в дитячому віці / С. В. Римша, Н. М. Смолко, Д. Г. Смолкою Biomedical and Biosocial Anthropology. 2010. № 15. 104-108 с.
34. Родіна Н.В. Особистісні характеристики як ресурси долаючої поведінки. Огляд деяких сучасних теорій копіngu. Проблеми сучасної психології. 2010. № 7. С. 608–633.
35. Ревасевич І. Психологічні концепції адаптації особистості у системному теоретичному обґрунтуванні. Психологія і суспільство. 2001. №4. С. 16–40.
36. Сельє Г. Стресс без дистресса. URL: <http://www.rulit.net/books>
37. Сучасні здоров'язбережувальні технології: монографія / за загальною редакцією проф. Ю. Д. Бойчука. Харків : Оригінал, 2018. 724 с.
38. Теорія та практика формування особистості як суб'єкта самотворення і самозбереження. Монографія / [за ред. О.М. Гомонюк]. Хмельницький: ФОП Цюпак А.А., 2021. 460 с.
39. Титаренко Т. М., Ларіна Т. О. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека. Київ : Марич, 2009. 76. с.
40. Успеваемость студентов первокурсников как показатель адаптации к обучению в медицинском вузе / О. В. Кузнецова, Е. А. Нефедова, В. Ф. Шаторная [и др.]. 2016. С. 30-45.
41. Фрейд З. По ту сторону принципа наслаждения. Тотем и табу. «Я» и «Оно». Неудовлетворенность культурой / З. Фрейд. Х.: Клуб Семейного Досуга, 2012. 477 с.
42. Фурман А.В. Психодіагностика особистісної адаптованості. Тернопіль: Економічна думка, 2003. 64 с.

43. Харченко Д.М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень: навчальний посібник / Д.М. Харченко. К.: Видавничий дім «Слово», 2015. 280 с.

44. Чабан О. С. Психосоматичні розлади / О. С. Чабан, І. І. Кутько, О. О. Хаустова. – Вид-во «Медкнига» – 2009. – № 1. 15-18 с.

45. Шевченко Х. Психосоматика: «чиказька сімка» класичних психосоматозів. URL: <https://tsn.ua/lady/zdorovye/aktualnaya-tema/psihosomatikachikazka-simka-klasichnih-psihosomatoziv-1541733.html>

46. Шльонська О.О. Розгляд поняття «адаптація» з погляду системного підходу. Актуальні проблеми психології. Том III.: Консультативна психологія і психотерапія. Видавець Лисенко М.М., 2013. Вип. 9. С.109 – 110.

47. Ярош Н. С. Аналіз досліджень внутрішніх предикторів стресдолаючої поведінки». Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія : Психологія. 2015. № 58. С. 60–64.

48. Alexander F. Psychosomatic Medicine: Its" Principles and Applications. New York; Norton, 1950. P. 123 p.

49. Allport G.W. Personality: A psychological interpretation. Boston, 1937. 338 p.

50. Brown M. Y. The an folding self. Psychosyntesis and counseling Psychosynthesis Press. California, 1983. Cooley C. H. Human nature and the social order. N. Y., 1964. 236 p.

51. Bitonte R. A. & DeSanto, D. J. Mandatory Physical Exercise for the Prevention of Mental Illness in Medical Students. Mental Illness, 2014. 6 (2), 5549. URL: <http://doi.org/10.4081/ mi.2014.5549>.

52. Coter C. N. and Appley M. N. Motivation: theory and research, N.Y., Wiley. 1964. 245 p.

53. Dorner P. Self-reflection and problem solving. In: Human and artificial intelligence. Berlin, 1978, pp. 101-107.

54. Elkins D. Talk at conference of association for humanist psychology. Princeton. N. Y., 1979. 126 p.

55. Fares J., Al Tabosh H., Saadeddin Z., El Mouhayyar, C. & Aridi, H. Stress, Burnout and Coping Strategies in Preclinical Medical Students. *North American Journal of Medical Sciences*, 2016. 18 (2), p.75-81.
56. Fuller J. L., Thompson W.R. *Foundation of behavior genetics*. St. Louis, MO: C V. Mosby, 1978.
57. Howard A., Scott R.A. A Proposed Framework for the Analisis of Stress in Human Organism. *Behavioral Sciences*, No. 10, 1965. pp. 141-160.
58. Hockey G.R. A state control theory of adaptation to stress and individual difference in stress management. In "Energetics and human information processing". Eds. G.R.Hockey, A.W. Gaillard, M.G.Coles. Dordrecht, 1986. 564 p.
59. Janis I.L. *Psychological Stress: Psychoanalytical and Behavioral Studies of Surgical Patients*. New York, etc.: Academic Press, 1974. XIV, 439 p.
60. Kholmogorova A. B., Zaretskii V. K., Semenov I. N. Reflective-personal regulation of normal and pathological goal formation. *Soviet psychology*, 1982, 20 (4), pp. 79 – 97.
61. Maslow A. *Motivation and Personalit.* 2nd ed. New York: Harper & Row, 1970. 369 p.
62. McClelland D.C. *Human Motivation*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
63. Mechanic D. *Students under Stress*. New York: Free Press, 1962. 234 p.
64. Parsons F. *Choosing a vocation*. Boston: Houghton Mifflin. Schmidt, 2003. 246 p.
65. Piaget J. *Recherches sur l'abstraction reflechissantes*. Paris, PUF, 1977, vol. I, II, 326 p.
66. Radford J. Reflections an introspection. *American Psychologist*, 1974, V. 29. pp. 245 – 250.
67. Ramler T. R., Tennison L. R., Lynch J. & Murphy P. Mindfulness and the college transition: the efficacy of an adapted mindfulness-based stress reduction intervention in fostering adjustment among first-year students. *Mindfulness*, 2016. 7 (1), 179-188.
68. Reither F. *Selfreflective cognitive processes: Its characteristics and effects*.

In: XXII-nd International Congress of Psychology, v. I, Leipzig, 1980, 229 p.

69. Swaminathan A., Viswanathan S., Gnanadurai T., Ayyavoo, S. & Manickam T. Perceived stress and sources of stress among first-year medical undergraduate students in a private medical college-Tamil Nadu. National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology, 2016. 6 (1) p. 9.

70. Theoretical psychology: classic readings. Henderikus J. Stam (ed.). Los Angeles: SAGE. 2012. 368 c.

71. Ulrich, C. Stress and sport. In «Science and medicine of exercise and sports» Ed. W. R. Jonson, N.-Y., Harper and Bros. 1960, 432 p.

72. Vikram Jha, Mclean M., Gibbs T. J. & Sandars, J. Medical professionalism across cultures: A challenge for medicine and medical education. Medical Teacher, 2015. 37 (1), 74- 80.

73. Watson J.B., Rayner R. Conditioned emotional reactions. Journal of Experimental Psychology, 1920, №3, pp. 1-14.

74. Wolff H.G. Stress and Disease. 2nd ed. Springfield, III: Charles C. Tomas, 1968. 236 p.