

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет соціальних наук
(повне найменування факультету)

Психологія
(повне найменування кафедри)

Пояснювальна записка

до дипломного проекту (роботи)

магістр
(ступінь вищої освіти)

на тему Особливості тривожності у підлітків хворих на цукровий діабет
(назва теми)

Виконав(ла): студент(ка) 2 курсу,
групи СН-113 м

Спеціальності 053 Психологія
(код і найменування спеціальності)

Освітня програма (спеціалізація)
Психологія

СТРЕЛКОВА М.Д.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Керівник КОВАЛЬ В.О.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Рецензент КОВАЛЬ В.В.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»
(повне найменування закладу вищої освіти)

Факультет соціальних наук
Кафедра «Психологія»
Ступінь вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
(код і найменування)
Освітня програма (спеціалізація) Психологія
(назва освітньої програми (спеціалізації))

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

« 29 » _____ серпня 2024 року

ЗАВДАННЯ

НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)

СТРЕЛКОВА Марія Дмитрівна

(ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Особливості тривожності у підлітків хворих на цукровий діабет.

керівник проєкту (роботи) кандидат педагогічних наук, доцент КОВАЛЬ Владислав Олександрович

(науковий ступінь, вчене звання, ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

затверджені наказом закладу вищої освіти від «15» грудня 2024 року № 547

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) 20 грудня 2024 року

3. Вихідні дані до проєкту (роботи) 58 сторінок, 34 джерела, 7 додатків.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) було реалізовано ряд завдань: проведено аналіз факторів цукрового діабету в рамках психосоматичної концепції; вивчено вплив тривожності на виникнення та протікання цукрового діабету у підлітків; проведено експериментальне дослідження з хворими підлітками на цукровий діабет та контрольною групою; сформовано висновки та рекомендації.

5. Перелік графічного матеріалу - графічний матеріал відсутній.

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	ПРИЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
1	КОВАЛЬ В.О., в.о.зав.кафедри	23.09.2024	06.10.2024
2	КОВАЛЬ В.О., в.о.зав.кафедри	07.10.2024	20.10.2024
3	КОВАЛЬ В.О., в.о.зав.кафедри	21.10.2024	15.12.2024
Нормок-ь	КОВАЛЬ В.О., в.о.зав.кафедри	15.12.2024	16.12.2024

7. Дата видачі завдання «29» серпня 2024 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проєкту (роботи)	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1	Узгодження теми та затвердження завдання на дипломний проєкт(роботу)	29.08.2024	
2	Збір матеріалу та вивчення літературних джерел на дипломний проєкт (роботу)	30.08.2024	
3	Затвердження теми	02.09.2024	
4	Складання змісту	20.09.2024	
5	Виконання першого розділу	23.09.2024	
6	Виконання другого розділу	07.10.2024	
7	Виконання третього розділу	21.10.2024	
8	Формування висновків	28.10.2024	
9	Перевірка роботи керівником	01.11.2024	
10	Оформлення дипломного проєкту(роботи)	15.12.2024	
11	Нормоконтроль та перевірка на запозичення	16.12.2024	
12	Попередній захист дипломного проєкту(роботи)	16.12.2024	
13	Подання роботи на кафедру	20.12.2024	
14	Одержання відгуку та рецензії	20.12.2024	
15	Захист дипломної роботи	23.01.2025	

Студент(ка) _____ Марія СТРЕЛКОВА
(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник проєкту (роботи) _____ Владислав КОВАЛЬ
(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 58 с., 34 дж., 7 дод.

Об'єкт. Психологічні особливості хворих підлітків цукровим діабетом

Предмет. Особливості тривожності у підлітків хворих на цукровий діабет.

Гіпотеза. Підвищений рівень тривожності переважає у підлітків хворих на цукровий діабет.

Мета. На основі виявленого рівня тривожності у підлітків хворих на цукровий діабет розробити психологічні рекомендації щодо корекції їх психічного стану.

Методи дослідження: теоретичні методи – аналіз наукових джерел із проблеми дослідження; емпіричні методи – методика «Самооцінка емоційних станів» ситуативної та методика «ТіД» (методика «тривожність і депресія»).

В роботі проведено аналіз факторів цукрового діабету в рамках психосоматичної концепції, вивчено вплив тривожності на виникнення та протікання цукрового діабету у підлітків, проведено експериментальне дослідження з хворими підлітками на цукровий діабет та контрольною групою, сформувано висновки та рекомендації.

Практична значимість даної роботи полягає в тому, що отримані результати в ході нашого дослідження можна використовувати на практиці. Тобто завдяки проведеному нами дослідженню, отриманим даним, а також запропонованим рекомендаціям для хворих на цукровий діабет, можливо покращити психічне, і в наслідок, фізичне (соматичне) здоров'я.

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ, ПІДЛІТКИ, ТРИВОЖНІСТЬ, КОРЕКЦІЯ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ПІДЛІТКІВ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ.....	9
1.1. Особистісні зміни хворих на цукровий діабет.....	9
1.2. Аналіз факторів цукрового діабету в рамках психосоматичної концепції.....	17
1.3. Особливості тривожності в підлітковому віці.....	20
1.4. Вплив тривожності на виникнення та протікання цукрового діабету в підлітків.....	28
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ПІДЛІТКІВ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ.....	30
2.1 Планування, методики та структура дослідження.....	30
2.2. Результати та аналіз діагностичного дослідження за методиками.....	31
2.3 Методичні рекомендації для корекції негативних емоційних станів для підлітків хворих на цукровий діабет.....	36
ВИСНОВКИ.....	42
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	44
ДОДАТКИ.....	48

ВСТУП

Давно відомо, що емоції людини і все психічне життя в цілому впливають, часто і визначають фізичне здоров'я людини. Існує цілий клас хвороб, так званих, психосоматичних, які викликають емоційну навантаженість. В їх числі: гіпертонічна хвороба, бронхіальна астма, виразка шлунку, ревматоїдний артрит, нейродерміт, цукровий діабет («класична чикагська сімка»). А останнім часом до них відносять, навіть, онкологічні захворювання. Крім того, відповідні емоційні стани часто призводить до зниження опору організму. На жаль, сьогодні це питання все частіше стосується людство в цілому .

На сьогоднішній день психологія та медицина має значний наукових розробок, стосовно впливу емоційних станів на протікання психосоматичних захворювань. Ці дослідження в різний час проводили М. В. Імедадзе, А. Парафіян, Ю. А. Александровський, В. М. Астапов, Ф. Б. Березін, Л. І. Божович, М. В. Буянов, І. М. Палій, А. І. Захаров, В. Р. Кисловського, Є. Б. Ковальова, С. В. Корольова, А. В. Лукасік, В. М. М'ясищев, І. С. Харчова, Д.Ю. Андріяшнік, Г. Ш. Габдреева, Ю. Л. Ханін, Б. А. Вяткін, М. В. Жутікова, Л. М. Костіна, В. С. Мерлін, М. М. Пухівська, Т. Ю. Артюхова, І. Ю. Гаранькова, Н. В. Фролова, В. М. Дружинін, І. В. Хазратова, І. Г. Швець, Т. А. Шабанова, О. Ю. Брель, С. А. Водяха та ін.

У сучасній психології знайдеться не багато явищ, які зазнали такого ретельному і всебічному вивченню як тривожність

На жаль не всі спеціалісти лікувальної справи можуть провести межу між соматикою та психосоматикою. Як говорив Є. Берн: «Не може бути психічної медицини, стосовно тільки психіки, соматичної медицини, стосовно тільки тіла, і психосоматичної медицини пов'язаної і з тим, і з іншим. Існує тільки один вид медицини, і вся вона психосоматична.»

В нашій науково – дослідницькій роботі ми вирішили зробити акцент на проблемі схильності хворих підлітків на цукровий діабет до підвищеного рівня тривожності.

У більшості країн число осіб з цукровим діабетом різко збільшується. Темпи зростання кількості хворих на цукровий діабет викликають обґрунтоване занепокоєння громадськості та міжнародних медичних організацій, причому соціальні програми навіть розвинутих країн не встигають за збільшенням кількості хворих. Згідно з прогнозом Міжнародного інституту цукрового діабету (1997 р.), до 2010 року кількість хворих на цукровий діабет сягне більше 220 млн, причому в більшості буде діагностовано діабет 2-го типу. За збереження нинішніх темпів зростання до 20 % дорослих можуть бути хворими на діабет, досягаючи 50 % у людей зрілого та похилого віку. На основі епідеміологічного аналізу вважають, що кожні 15 років число хворих на цукровий діабет буде подвоюватися [5, 15–17]. У Європейському регіоні від цього захворювання страждають приблизно 22,5 млрд дорослих. В Україні зареєстровано близько 1 млн хворих на цукровий діабет, серед яких 4 тис. дітей.

Проблема стану психічного здоров'я хворих на цукровий діабет протягом останнього десятиліття неодноразово згадувалась у наукових публікаціях. Дані досліджень підтверджують, що в людей, які страждають від цукрового діабету, часто зустрічається низка психологічних проблем і психічних розладів. Такі порушення не тільки викликають страждання, але також впливають на лікування та результат самого цукрового діабету. Неабияким є психосоціальне значення цукрового діабету та його лікування для окремої людини й для суспільства в цілому. Психічні розлади, за даними різних авторів, зустрічаються в 17–84 % хворих на цукровий діабет [13, 25].

Саме тому нам необхідно більш детально розглянути особливості впливу тривожності на протікання цукрового діабету в підлітків.

Об'єкт. Психологічні особливості хворих підлітків цукровим діабетом

Предмет. Особливості тривожності у підлітків хворих на цукровий діабет.

Гіпотеза. Підвищений рівень тривожності переважає у підлітків хворих на цукровий діабет.

Мета. На основі виявленого рівня тривожності у підлітків хворих на цукровий діабет розробити психологічні рекомендації щодо корекції їх психічного стану. Для досягнення мети, нами було сформульовано наступні завдання:

1. Зробити аналіз факторів цукрового діабету в рамках психосоматичної концепції.
2. Вивчити вплив тривожності на виникнення та протікання цукрового діабету у підлітків.
3. Провести експериментальне дослідження з хворими підлітками на цукровий діабет та контрольною групою.
4. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів.
5. Формування висновків та рекомендацій.

Експериментальна база – дослідження було проведено у Запорізькій обласній дитячій лікарні – відділення ендокринології (15–17 років) у кількості 25 чоловік. Діти були поділені на 2 групи: контрольна (25 чоловік) та експериментальна (25 чоловік).

Методологічною основою дослідження є ведучі принципи вітчизняної та зарубіжної психології.

Практична значимість даної роботи полягає в тому, що отримані результати в ході нашого дослідження можна використовувати на практиці. Тобто завдяки проведеному нами дослідженню, отриманим даним, а також запропонованим рекомендаціям для хворих на цукровий діабет, можливо покращити психічне, і в наслідок, фізичне (соматичне) здоров'я.

РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ПІДЛІТКІВ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

1.1. Особистісні зміни хворих на цукровий діабет

Сучасна концепція супроводу хворих на цукровий діабет трактує це захворювання як «спосіб життя», до якого вони мають адекватно пристосуватися, максимально використовуючи свої власні можливості та заходи щодо відновлення та компенсації наявних порушень. Будь-які заходи відновного лікування і реабілітаційні програми можуть бути реалізовані лише за умови сформованої у хворого особистої потреби до адаптації в умовах хронічного захворювання, а також за умови адекватної оцінки його організму і психіки.

До об'єктивних чинників, що знижують можливості психіки, належать: преморбідні особливості, вік, форма, ступінь тяжкості та тривалість захворювання, наявність ускладнень, психотравмувальні ситуації. Велику увагу приділяють вивченню психологічних чинників за цукрового діабету.

Вивчаються пізнавальні, інтелектуальні можливості хворих на цукровий діабет, їхні емоційні та особистісні особливості, ставлення, адаптація до захворювання, якість життя, зміни психологічних стосунків у зв'язку з хворобою.

Незважаючи на різноманіття таких робіт, у них здебільшого лише констатуються факти виявлення особливостей психіки за цукрового діабету без спроб їх диференційованого типологічного аналізу, хоча відомо, що типологічний підхід до вивчення особистості з визначенням її особливостей необхідний для розуміння реабілітаційних та адаптаційних можливостей хворого.

Ще більш проблемним є питання про методологію та методики оцінки функціональних, зокрема психологічних, ресурсів людини які були б доступні в роботі з хворими.

Хвороба часто привносить в емоційний стан людини нові риси. Найчастіше, поряд з астеничними проявами, відзначаються виражені невротичні риси. У значного числа хворих емоційний стан носить депресивне забарвлення: вони відчують самотність, безпорадність, покинутість, страх.

Ситуація хронічної хвороби, змінюючи об'єктивне становище особистості в суспільстві, вимагає перебудови її суб'єктивних відносин. Якщо цього не відбувається, то можуть виникнути труднощі в оволодінні новою соціальною функцією, конфлікти з оточуючими або «внутрішній розлад».

Хвороба може суттєво трансформувати самооцінку – вона починає набувати нестійкого і часто заниженого характеру (хворий починає вважати себе неповноцінним, невпевненим, нещасливим). Ставлення до захворювання часто може мати неадекватний характер – від повного ігнорування захворювання з недооцінкою тяжкості стану до «відходу» у хворобу з переоцінкою її тяжкості, коли мотиви одужання або збереження життя починають визначати всю життєдіяльність хворого.

Цукровий діабет, як показало наше дослідження, змінює емоційний стан людини, посилюючи спектр особистісних змін і негативних емоцій: психастенічність, істероїдність та іпохондрію, депресивність, тривожність тощо.

Таким чином, така хронічна соматична хвороба, супроводжується низкою змін у психологічному стані людини.

Сказане дає змогу зробити висновок, що знання особливостей системи стосунків хворого сприяють глибшому розумінню його психіки, розкриттю реабілітаційних можливостей і допомагають здійснювати більш раціональний, своєчасний і якісний підхід до планування і проведення процесу реабілітації.

В останні десятиліття з'явилося ряд психологічних досліджень (Є. Т. Соколова, 1995; Є. Р. Калітеевська, 1986; Т. І. Петракова, 1985 та ін.), присвячені вивченню особливостей розвитку дітей з різними психосоматичних захворюваннями, зокрема, цукрового діабету (В. В. Ніколаєва, 1987, 1992; Н. Д. Ігнатієва, 1981; Д. М. Ісаєв, 1996 і ін.). З небагатьох робіт, присвячених

аналізу розвитку особистісних відмінностей навчання й виховання, дітей з відхиленнями у здоров'ї, можна згадати дослідження Н. І. Бикової (1994), В. А. Ковалевського (1997), І.Ю. Левченко (1986) [1, 32].

Велику увагу вчених усього світу привертає зростання кількості хворих на цукровий діабет. По офіційним даним, на нашій планеті живуть понад 150 млн. хворих на цукровий діабет, також їх кількість має тенденцію збільшуватися, принаймні в два рази кожні 15 років [5, 18].

Серед хворих на цукровий діабет діти і підлітки до 16 років складають 3-8%. Ситуація реальної загрози життю, пов'язана з наявністю хронічних захворювань, зумовлює істотне зниження якості життя дітей, як за рахунок фізичної, так і психологічної складових, незалежно від об'єктивної тяжкості хвороби. У дітей з діабетом можуть виникати проблеми соціалізації, які пов'язані, як з наявністю хронічного захворювання, так і з особистісними рисами хворих. Перед вченими стоїть завдання виявлення соціально-психологічних змінних, здатних нівелювати негативний вплив захворювання, а також пошуку шляхів активізації цих змінних [4, 11].

Оскільки соціальні фактори найчастіше пов'язані з об'єктивними обмеженнями, зростає роль психологічних факторів, багато з яких піддаються корекції.

Дані останніх досліджень підтверджують, що у людей, страждаючих цукровим діабетом, часто спостерігається ряд психологічних проблем і психічних розладів. Такі порушення не тільки заподіюють страждання, але також впливають на лікування і результат самого цукрового діабету. Міжнародні дослідження психічного здоров'я дітей і підлітків з діабетом дають суперечливі результати. Деякі дослідження свідчать про відносно велику кількість психічних проблем у хворих.

Внутрішня картина хвороби у дітей, які страждають на цукровий діабет, викликана негативним ставленням до захворювання і його лікування. Вона характеризується змінами структури самооцінки, що приводять до формування «комплексу відмінності» від здорових дітей. При виникненні

захворювання в пізньому підлітковому віці виникає ряд соціально-психологічних проблем, таких як переживання шокowego стану самим пацієнтом і його сім'єю при постановці діагнозу, негативне ставлення до ін'єкцій, тривога і несподіване виникнення станів гіпоглікемії, обмежений діапазон у професійному виборі, страх відкритися іншим. Цукровий діабет, як хронічне соматичне захворювання, створює численні психологічні проблеми: невизначеність відносно майбутнього, втрата самоконтролю, відчуття, що цукровий діабет «поглинув» життя, що веде або до почуття безпорадності, або до почуття гніву, бурхливої реакції, а також занепокоєння щодо того, як інші люди сприймають їхній діагноз [3].

Умови обмеження, що накладаються хворобою, і пов'язана з цим нова соціальна ситуація підвищують психічну напруженість у кожної дитини. Входження в період статевого дозрівання часто характеризується погіршенням самоконтролю, хоча саме в цей час потрібно бути особливо відповідальним. Діабет може ставати причиною конфліктів між підлітками. Підліткові реакції емансипації і протесту набувають певної трансформації і використовуються ними як засіб тиску на оточуючих, через відмову від дотримання дієти, режиму, введення інсуліну. У підлітків посилюється «комплекс відмінності» у зв'язку з хворобою, що впливає на спілкування з однолітками.

Деякі дослідження стверджують, що переважна більшість дітей мають високий рівень агресії і тривожності, який пов'язують з неможливістю задоволення значимих бажань і потреб, обмежених хворобою. Потрібно підкреслити велику неоднорідність наявних в літературі повідомлень про особистісні відмінності діабетиків. Ряд авторів припускають, що вони є результатом фіксації реакцій на виникнення хвороби. Особливості дітей, хворих на діабет, багато в чому пояснюються впливом соматичних факторів (астенія, гіпоглікемія і т. п.) на формуючу психіку.

Експериментально-психологічні дослідження, присвячені вивченню особистості хворих дитячого і юнацького віку, виявили депресивні,

невротичні прояви, високу тривогу, а також труднощі соціального пристосування. Деякі дані свідчать про характерне для дітей-діабетиків обмеження нормальної активності, що приводить до віддалення від однолітків, агресивному до них відношенню або підвищеної сором'язливості. Подібна поведінка сприяє тому, що хворі на діабет на високому рівні цінують дружбу, спокійну обстановку в сім'ї. Діти і особливо підлітки, які страждають на цукровий діабет, самооцінка помітно нижче, ніж у однолітків.

Таким чином, вплив хвороби на психіку може бути соматогенним і психогенним. Соматогенний вплив визначається ефектом органічно шкідливих впливів на нервову систему хворого. У разі діабету – це гіпо- та гіперглікемія, інтоксикація організму, біохімічні порушення, астения, різні ускладнення. Психогенний вплив хвороби виражається в психологічній реакції на захворювання, його наслідки виявляються у деформації особистості в ході хвороби [7, 21].

У ситуації хвороби змінюється не лише соматичний, а й психічний стан людини. При цьому своєрідність реагування на свій стан відображається у зміні поведінки, яке, у свою чергу, сприяє зміні характеру взаємовідносин з навколишнім світом.

Тому видається більш правильним говорити про зміну не фізичного або психічного статусу хворого, а всієї системи його відносин зі світом і до світу. У будь-якому випадку, сприйняття ним реальності стає спотвореним, що відбивається на поведінці, а значить, і на взаєминах з навколишнім світом, тобто розвивається соціально-психологічна дезадаптація хворого.

Таким чином, ми можемо говорити про необхідність здійснення системи психодіагностичних, а в подальшому, при необхідності, психокоррекційних заходів, з даною категорією підлітків, щоб уникнути в подальшому нашарування психологічних проблем.

Цукровий діабет характеризується порушенням усіх видів обміну і, у першу чергу, вуглеводного внаслідок абсолютної чи відносної недостатності інсуліну. Це найчастіше ендокринне захворювання, що зустрічається у

підлітків. На дитячий вік припадає від 0,5 до 8 % від загальної кількості захворілих людей. Пік захворюваності – 3-4 і 6-8 років, а також у підлітків 11-14 років. У походженні діабету беруть участь багато факторів. Найважливіший з них – генетично наслідуємий, тобто спадковий. Виникненню захворювання сприяють інфекційні хвороби, психотравмуючі обставини, травми голови. Доведено, що емоційний стрес через посилену симпатико-адренергічну стимуляцію може призвести до підвищення рівня цукру в крові і виділення його із сечею. У здорових людей нормоглікемія незабаром відновлюється, а при діабеті цього не трапляється. На думку В. Luban-Plozza et al. (1994), існують психофізіологічні зв'язки, що виявляються збільшенням викиду катехоламінів під час психічного й фізичного навантаження і гальмуванням вивільнення інсуліну з бета-клітин підшлункової залози, що може так змінити обмін вуглеводів, як це відбувається при діабеті. До розвитку клінічних ознак діабету спостерігаються астеноневротичні, невротичні, афективно-шокові та депресивні реакції. Імовірно, у багатьох випадках вони є механізмом, що запускає порушення обміну [34].

Для особистості хворого на юнацький діабет характерні шизоїдні риси; при труднощах вона реагує негативно чи дуже відбірливо. Такі хворі синтонні, мають тенденцію до маскованої депресії та депресивних реакцій на важкі життєві ситуації. В. Luban-Plozza et al. (1994) вважають, що хворий з діабетом, усвідомлюючи своє захворювання, переживає почуття непевності. Хронічне захворювання може негативно вплинути на всю життєву стратегію хворого. Часто він організує все життя навколо свого страждання, переживає почуття незахищеності й емоційної занедбаності. Хворі з діабетом мають сильне бажання турботи про себе й активне прагнення до залежності від інших. Вони вразливі до відмови у задоволенні цих бажань. Психічні фактори серйозно впливають на перебіг хвороби і терапію. Внутрішня картина хвороби у дітей, що страждають на діабет, спотворюється негативним емоційним відношенням до захворювання та його лікування. Вона характеризується змінами структури самооцінки, що призводять до формування “комплексу відмінності” від

здорових дітей. Внутрішня картина хвороби визначається тяжкістю перебігу захворювання і подіями під час його розвитку, батьківськими настановами щодо хвороби. Як перебільшення переживань у зв'язку з хворобою, так і ігнорування хвороби зі зневагою лікування ускладнюють адаптацію дитини, заважають активному усвідомленому контролю за рівнем цукру в крові [7, 452].

Нервово-психічні розлади при цукровому діабеті різноманітні. У хворих, що страждають на діабет, спостерігаються зміни настрою з перевагою депресії, мовчазність, апатія, поміркованість, підозрілість, нестриманість, недостатня мотивація вчинків і конфлікти з оточуючими. Відзначаються загальмованість, зниження розумових здібностей. Діти відстають в інтелектуальному розвитку, гірше здорових навчаються. У деяких хворих можливі галюцинації. При різкому зменшенні вмісту цукру в крові може виникати неадекватна поведінка, що завершується порушенням свідомості та комою. Майже в усіх хворих спостерігається астеничний стан різної вираженості: стомлюваність, зниження працездатності, ослаблення уваги, головні болі після навантажень, схильність до гіперемії, дисомнія та ін. Виразність астенії залежить від ступеня тяжкості діабету, підсилюючись при його декомпенсації. У 17 % дітей прояви астенії стійкі, стомлення в них спричинюється найменшим напруженням, супроводжується головними болями, сонливістю, загальмованістю, явною дратівливою слабкістю або гіперестезичною слізливістю.

Виділяють три варіанти діабетичної енцефалопатії: астеничний, експлозивний та апатичний. Ці нервово-психічні прояви нерідко поєднуються з різними пароксизмальними станами. Розвитку енцефалопатії сприяють часті гіпоглікемічні стани, гіпоглікемічна кома та кетоапідоз. Найчастіше спостерігаються симптоми енцефалопатії: стійка церебрастенія, легко виникаюче виснаження, дратівлива слабкість, зниження пам'яті, ослаблення уваги, інертність, вегетативно-вестибулярна дисфункція. Переважаюча в клінічній картині афективна вибуховість і наявність епілептоїдних чи

істеричних рис особистості розцінюються як експлозивний варіант. Апатичний варіант характеризується звуженням кола інтересів, слабкістю спонукань, пасивністю, уповільненням психічних процесів і нівелюванням особистісних рис. У дітей з мінімальною органічною недостатністю цукровий діабет провокує загострення прихованих і компенсованих афективних розладів (депресію чи тривогу). Більш ніж у 50 % дітей відзначаються страхи темряви, висоти, відкритого простору, нещасних випадків з батьками чи самими хворими, ускладнень головного захворювання, коми, смерті, госпіталізації, школи тощо. Майже у 1/3 хворих – нічні страхи. Іноді зустрічаються фобії тварин (собак), ін'єкцій, відповіді перед класом, самотності. У 10 % дітей спостерігаються нав'язливі дії та рухи у вигляді оніхофагії, напруження крил носа, покахикувань, обнюхування, втягування повітря [7, 483].

Особистісні реакції з переважними порушеннями поведінки у вигляді психопатоподібних станів збудливого чи істероїдного типу констатують ще приблизно у 10 % хворих. У багатьох хворих посилені характерологічні реакції: протесту, відмови, компенсації. У 30 % ці реакції – патохарактерологічні, а у значної частини з них виявляється тенденція до патохарактерологічного розвитку особистості.

Ожиріння виникає як наслідок порушення енергетичного балансу і звичайно супроводжується підвищенням апетиту. Воно може бути спричинене психовегетативним стимулюванням структур гіпоталамуса, що відповідають за втамування голоду і насичення. Патологічна обжерливість є вираженням підвищеного почуття голоду і/чи зменшенням почуття насичення. Перегодовування дитини в грудному віці – диспозиція для збільшення жадібності у споживанні їжі в подальшому житті. При цьому причина перегодовування дитини може бути різною. В одних випадках – це данина традиціям, в інших – порушення взаємин у діаді «мати – дитя». Якщо мати неправильно оцінює потреби дитини в їжі внаслідок негативних невротичних емоцій, несприятливої сімейної ситуації, постійно повторюваних стресів, то

вона, компенсуючи тривожне напруження, перегодовує дитину, гадаючи, що доставляє їй задоволення і заспокоює її. Харчування у багатьох осіб, що страждають на ожиріння і розлад дозрівання в препубертатному і пубертатному віці, є захистом від почуття втрати, особливо при депресивних переживаннях чи розладах. При цьому неможливість подолання втрати об'єкта заміняється пошуком замітника об'єкта, яким стає їжа, що задовольняє і заспокоює пацієнта. Він відчуває себе душевно врівноваженим, іноді навіть стає ейфоричним. Особи, які страждають на ожиріння часто заперечують як факт підвищеного апетиту, так і об'єктивну важкість своєї зайвої маси і диспластичності і нерідко переконують себе і навколишніх у необхідності «трохи поїсти» [31, 19].

1.2. Аналіз факторів цукрового діабету в рамках психосоматичної концепції

Зараз ми розглянемо цукровий діабет з точки зору психосоматичної концепції. Отже, цукровий діабет – це захворювання обміну речовин, яке розвивається або при порушенні секреції інсуліну β -клітинами острівців Лангерханса підшлункової залози і при відносній резистентності периферичних органів до інсуліну. Сьогодні розрізняють такі типи цукрового діабету: тип 1, або інсулінозалежний цукровий діабет (ІЗЦД), і тип 2, або інсулінонезалежний цукровий діабет (ІНЗСД).

Значимість психічних факторів і психофізіологічного взаємодії обговорюється на трьох рівнях: як етіологічно значимий фактор, як причина гострих порушень обміну речовин і як реакція на захворювання і необхідність самостійного лікування.

Етіологія діабету типу 1 включає генетичні, імунні та інфекційні фактори (генетична схильність – вірусна інфекція – деструктивна аутоімунна реакція), які в підсумку ведуть до руйнування β -клітин. Достатніх доказів психологічної зумовленості хвороби немає.

Генетичні чинники грають роль і при діабеті типу 2, але мають значення при цьому і психічні фактори, опосередковані через порушення харчування (надлишкова маса тіла) і брак руху.

Існуюча гіпотеза про існування етіологічно значимої «діабетичної особистості» не підтвердилася.

Психічні чинники можуть прямо і побічно впливати на рівень цукру у хворих на цукровий діабет.

Наявні дані свідчать про те, що психічні перевантаження через вегетативну нервову систему безпосередньо впливають на рівень цукру в крові, змогли продемонструвати, як у процесі інтерв'ю з приводу раніше охарактеризованого індивідуального конфлікту в сім'ї різко підвищився рівень цукру в крові у сенситивного хворого з лабільними обмінними процесами. Під час контрольного інтерв'ю не відмічено ніяких істотних змін.

Непрямий вплив психічних факторів на рівень цукру в крові у хворих на цукровий діабет проявляється їх піддатливістю. Хворі сьогодні самі активно беруть участь у своєму лікуванні. Щоденний контроль рівня цукру в крові, ін'єкції інсуліну та виконання запропонованої дієти вимагають не лише значною професійної підготовки, яка може бути отримана в стандартизованій програмі навчання [M.Berger, 1984; P. Kronsbein і співавт., 1989], але й пристосування всього способу життя до виконання цієї програми самостійного лікування. Психічні фактори та емоційні конфлікти можуть істотно впливати на індивідуальну здатність до виконання цих процедур та рекомендацій. Можливість розуміння непіддатливість не повинна обмежуватися оцінкою обсягу знань хворого або глобальної структури його особистості, але повинна також враховувати суб'єктивне значення хвороби для цього хворого (індивідуальний контроль лікування, модель довіри в оцінці здоров'я) [4].

Хворі на цукровий діабет – це хронічно хворі люди, які можуть важко реагувати на своє захворювання і лікування. Ці реакції можуть бути зумовлені свідомістю хронічного характеру хвороби з гострими і тривалими

ускладненнями (симптоми самого діабету) і необхідністю самостійного лікування.

Початкова постановка діагнозу є шоком для багатьох хворих, особливо для дітей і підлітків, як і для їхніх сімей. Наслідком цього можуть бути депресії, розлади самооцінки і затримка розвитку ідентифікації. Дані про психопатології у дорослих хворих суперечливі

Цукровий діабет пов'язаний з рядом гострих і тривалих ускладнень. Гіпо- та гіперглікемії – це гострі порушення обмінних процесів, які можуть стати джерелом не тільки первинних фізичних, але і вторинних психічних ускладнень (наприклад, страх гіпоглікемії). Тривалі несприятливі зрушення обмінних процесів можуть призводити до важких пошкоджень нервів і дрібних або великих кровоносних судин (макро- та мікроангіопатії, невропатії). Хворі зазвичай знають про можливість таких важких ускладнень, як сліпота, ураження нирок з необхідністю діалізу, ампутація ніг. Страх перед такими пізніми ускладненнями – найбільш сильний і часте психічне обтяження хворих.

Поряд з самою хворобою та її ускладненнями ще одним джерелом емоційних перевантажень є усвідомлення необхідності перебудови всього життя, підпорядкованої вимогам самостійного лікування

Як психічні фактори впливають на лікування діабету («піддатливість»), так і саме лікування діють на психічний стан, так що значення багатьох психічних факторів при цукровому діабеті слід розглядати в плані їх психофізичного взаємодії.

Якщо, наприклад, виникає вегетативна нейропатія, то у хворого порушується здатність сприймати соматичні ознаки гіпоглікемії (тривожне збудження), у зв'язку з чим він не може своєчасно вживати заходів з регулювання рівня цукру в крові.

Інший приклад стосується дієти. Є вказівки, що серед пацієнток з булімією в «віці ризику» (від 15 до 22 років) цукровий діабет зустрічається частіше, ніж у середньому серед населення. Можна собі уявити, що

рекомендований хворим на цукровий діабет обмеження прийому їжі стає фактором ризику розвитку булімії. З іншого боку, жінки, хворі на цукровий діабет та страждають булімією, як показують клінічні дослідження, можуть контролювати масу тіла за допомогою зміни режиму лікування, в першу чергу навмисно змінюючи дози інсуліну

Тривале лікування хворих на цукровий діабет, особливо тих, які не виконують лікарських приписів, є серйозним випробуванням для лікуючого лікаря. Менторське ставлення лікаря до хворого, яке зводить причину його невіддатливості виключно до особливостей структури його особистості, може призвести обидві сторони тільки до фрустрації. У залежності від обставин лікар повинен з позицій емпатії оцінювати, яке емоційне значення має для хворого його захворювання і які зовнішні чинники можуть перешкоджати дотриманню їм лікарських приписів.

Психотерапевтичні заходи показані на всіх рівнях психофізичного взаємодії, оскільки одне лише медикаментозне лікування не в змозі змінити положення хворого і тільки сприяє хронізації захворювання.

1.3. Особливості тривожності в підлітковому віці

На даному етапі роботи, ми вважаємо за необхідне розглянути характеристику тривожності як психічного стану.

А, отже, емоції і почуття являють собою відображення реальної дійсності у формі переживань. Різні форми переживань в сукупності формують емоційну сферу особистості.

Виділяють такі види почуттів, як моральні, інтелектуальні та естетичні. Класифікація емоцій, яку запропонував К. Ізард, виділяє емоції фундаментальні та похідні. До фундаментальних відносять:

- 1) інтерес-збудження;
- 2) радість;
- 3) здивування;

- 4) горе-страждання;
- 5) гнів;
- 6) огида;
- 7) презирство;
- 8) страх;
- 9) стид;
- 10) провина [6].

Решту емоцій похідні. Вважається, що саме із фундаментальних емоцій виникає такий комплексний стан, як тривожність, яка може поєднувати в собі і страх, і гнів, і провину, і інтерес-збудження.

У психологічній літературі термін „тривожність” не має чіткого визначення. Це пов’язане із тим, що сама тривожність є багатозначною і стосується як стану особистості так і її риси.

Ситуативно стійкі прояви тривожності прийнято називати особистісними і пов’язувати із наявністю в особистості відповідної особистісної риси (так звана «особистісна тривожність»). Це стійка індивідуальна характеристика, що відображає схильність суб’єкта до тривоги і припускає наявність у нього тенденції сприймати достатньо широкий спектр ситуацій як загрозливих, реагуючи на кожен з них відповідною реакцією. Як схильність особистісна тривожність активізується при сприйманні певних стимулів, які розцінюються як небезпечні, пов’язані із специфічними ситуаціями загрози престижу людини, її самооцінці та самоповазі.

Ситуативно нестійкі прояви тривожності називають ситуативними, а тривожність такого виду – «ситуативна тривожність». Цей стан характеризується суб’єктивно переживаючими емоціями: напруга, хвилювання, стурбованість, нервозність. Такий стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різною за інтенсивністю і динамічністю в часі [22, 19].

Тривожність як стан і риса, яка виникає в процесі адаптації до середовища та виконання різних видів діяльності, вивчав Ю. Ханін та інші. У

деяких дослідженнях тривожність розглядають як реакцію на соціальні впливи за певних індивідуальних психофізіологічних властивостей (Г. Айзенк, Б. Вяткін, Ч. Спілбергер, Н. Махоні), а також таку, що може виникати під час різних психосоматичних захворювань (Е. Соколов) [4; с. 45].

Якщо говорити про тривожність як стан, то Е.Г. Ейдемільер тривожність визначає як емоційний стан, який виникає в ситуаціях невизначеної небезпеки і проявляється в очікуванні недоброзичливого розвитку подій.

Ю. Ханін відмічає, що тривога як стан – це реакція на різні стресори, що характеризується різною інтенсивністю, мінливістю у часі, наявністю усвідомлюваних неприємних переживань напруги, стурбованості, хвилювання і супроводжується вираженою активізацією вегетативної нервової системи.

Отже, можемо зробити висновок, що тривожність – це психічне явище, що має три форми:

- короткочасна емоційна реакція слабо вираженого неадекватного страху, яка впливає на судження і рішення;
- аналогічний психічний стан;
- властивість особистості, що сприяє окремим виявам реакції і станів тривожності.

Психологічні причини, що викликають тривогу, можуть лежати у всіх сферах життєдіяльності людини. Умовно їх розділяють на суб'єктивні і об'єктивні причини. До суб'єктивних відносять причини інформаційного характеру, пов'язаних з невірним уявленням про завершення події, і причини психологічного характеру, які підвищують суб'єктивну значимість завершення події. Серед об'єктивних причин виділяють екстремальні умови, що ставлять підвищені вимоги до психіки людини і пов'язані з невизначеністю завершення ситуації, втома, хвилювання з приводу здоров'я, порушення психіки, вплив фармакологічних засобів та інших препаратів, які можуть впливати на психічний стан [4].

В соціальній сфері тривожність впливає на ефективність спілкування, взаємостосунки з товаришами, породжуючи конфлікти. В психологічній

сфері: зміна рівня домагань особистості, зниження самооцінки, рішучості, впевненості в собі, мотивацію.

Крім цього відмічається зворотній зв'язок тривожності з такими особливостями, як соціальна активність, принциповість, добросовісність, прагнення до лідерства, рішучість, незалежність, емоційна стійкість, впевненість, працездатність, ступінь нейротизму та інтровертованості. В психофізіологічній сфері: зв'язок тривожності з особливостями нервової системи, енергетикою організму, активністю біологічно активних точок шкіри, розвитком психовегетативних захворювань.

Розрізняють також такі прояви тривожності як соматичні і поведінкові. Соматичні прояви стосуються змін у внутрішніх органах, системах організму людини: прискорене серцебиття, нерівне дихання, тремтіння кінцівок, скутість рухів, підвищення артеріального тиску, зростання загальної збудливості, зниження порогів чутливості.

На поведінковому рівні прояви підвищеної тривожності більш різноманітні й не передбачувані. Вони можуть коливатися від повної апатії і безініціативності до демонстративної жорстокості. Важливою характеристикою тривожності є, так звані, «маски тривожності». Це такі форми поведінки, що, маючи вигляд яскраво виражених ознак особистісних особливостей, породжуваних тривожністю, дозволяють людині водночас переживати її в пом'якшеному вигляді і не виявляти назовні. Такими «масками» найчастіше є агресивність, залежність, апатія, надмірна мрійливість, облудність, лінощі. Маска не рятує людину від суб'єктивних переживань тривоги, але дає змогу більш-менш успішно приховати її від оточення і дає змогу регулювати появу і рівень пережитої тривоги. Маска тривожності – це не тільки захист, а й способи регуляції та компенсації тривоги. Це зародкові, загальмовані або деформовані варіанти шляхів подолання труднощів, які особистість засвоює і активно використовує у власному житті. Причому чим довше ці «маски» на неї «надягнені», тим важче їх «зняти» [8, 16].

За оптимального, нормального рівня – тривожність мобілізує – це ознака готовності людини діяти. У кожної людини існує свій оптимальний або бажаний рівень тривожності – це так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для неї важливим компонентом самоконтролю та самовиховання. Наприклад, якщо тривожність буде надто низькою, при переході проїжджої частини дороги людина може потрапити під машину. Але мобілізуюча функція тривоги діє в досить вузьких межах при сильних і стабільних переживаннях. Стійкий, високий рівень тривожності має негативний, дезорганізуючий вплив на діяльність і розвиток особистості дітей і підлітків незалежно від того, у якій формі та в якому вигляді вона виявляється. При високому рівні тривожність додає діяльності пристосовницький характер, негативно позначається на результативності діяльності й насамперед в оцінних ситуаціях (формується низький рівень домагань). При пристосовницькому характері діяльності діяльність і спілкування здійснюються не за внутрішніми, властивими самій діяльності мотивами, а визначаються тривожністю, тобто зовнішнім стосовно діяльності, далеким мотивом. Ще одним явищем, яке спричиняється тривожністю є уникнення ситуації досягнення успіху.

Поведінка людей, що мають підвищену тривожність, в діяльності, направлених на досягнення успіху, має наступні особливості:

1. Тривожні індивіди емоційно гостріше, ніж нетривожні, реагують на власні невдачі;
2. Тривожні люди гірше, ніж нетривожні, працюють в стресових ситуаціях або в умовах дефіциту часу для вирішення завдання;
3. Боязнь невдачі домінує над прагненням до успіху. У людей з нормальним рівнем тривожності – навпаки;
4. Великою стимулюючою силою виступає інформація про успіх, а не про невдачу. У низькотривожних людей – навпаки.

5. Особистісна тривожність сприяє тому, що індивід сприймає і оцінює багато, об'єктивно безпечних ситуацій як такі, які несуть в собі загрозу [8; с.16].

Тому існує ще одна класифікація тривожності на адаптивну, що сприяє нормальній життєдіяльності людини та дезадаптивну, що порушує нормальну життєдіяльність.

Отож, було здійснено теоретичне дослідження тривожності, виявлено її причини, динаміку, ознаки та особливості, вивчено її вплив на особистість та діяльність цієї особистості.

Життєдіяльність як дорослої людини, так і дитини перебігає у постійних контактах з іншими людьми, предметами та явищами навколишньої дійсності. До всього, що оточує людину, вона виявляє певне ставлення, яке проявляється у різноманітних емоціях. Це ставлення може бути позитивним, негативним або нейтральним. Нейтральне ставлення не пов'язане з виникненням емоцій. Якщо предмети, явища відповідають потребам, можливостям людини, вони викликають позитивне ставлення та виникнення позитивних емоцій (задоволення, радості, захоплення тощо). В протилежному випадку виникає негативне ставлення та відповідні емоції (страх, образа, туга, сум, смуток, пригніченість, збентеженість, схвильованість, тривога). Інакше кажучи, в емоціях відображаються переживання людини, співвідношення між бажаннями, потребами та можливостями їх задоволення. Одним із видів таких емоційних переживань є тривожність. Тривожність відносять до емоційних розладів, які є причиною багатьох психічних труднощів, що стають на заваді до переживання людиною психологічного комфорту.

Для того щоб глибинно вивчити питання тривожності, звернемося до таких відомих психологів у галузі особистості як Зігмунд Фрейд та Карен Хорні [27, 45]. Саме в теоріях особистості цих психоаналітиків велике значення надається тривожності.

Відповідно до теорії особистості З. Фрейда, структура особистості складається з трьох компонентів: id, Ego і Super-Ego, які між собою

взаємопов'язані. Ід являє собою найбільш примітивну підструктуру психічного апарату, яка містить у собі інстинктивні потяги (серед важливих для життя інстинктів є сексуальний інстинкт – лібідо), що підкорені принципів задоволення. Воно є ірраціональним, аморальним і перебуває у конфлікті із Ego і Super-Ego. Super-Ego, в свою чергу, – це вища інстанція в структурі психіки, яка виконує роль внутрішнього цензора і є джерелом моральних почуттів. Ego ж є підструктурою особистості, що виступає посередником між ід та Super-Ego, між індивідом та реальністю. Основна його функція – самозбереження організму, сприйняття зовнішнього світу та пристосування до нього.

Інтерес до тривожності у З.Фрейда виник коли він отримав перші результати здійсненої ним терапії. Ця зацікавленість спершу привела його до припущення, що тривога, яку переживають багато його пацієнтів-невротиків, є наслідком неадекватного вивільнення енергії лібідо. Однак в міру накопичення досвіду Фрейд прийшов до розуміння, що подібна інтерпретація тривоги є неправильною. Через 30 років він переосмислив свою теорію і прийшов до наступного висновку: тривога є функцією Ego і призначення її полягає в тому, щоб попереджувати особистість про наближення загрози, з якою треба зустрітись або оминати. Таким чином тривога дає можливість особистості реагувати на загрозову ситуацію адаптивним способом.

Залежно від того, що є джерелом тривоги, Фрейд виділив три види тривоги:

1) реалістична тривога – емоційна відповідь на загрозу зовнішнього світу, вона є синонімом до страху і може послаблювати здатність людини ефективно боротися з джерелом загрози;

2) невротична тривога – зумовлена тиском ід; це відповідь на загрозу того, що неприйнятні імпульси ід стануть усвідомленими, а Ego втратить здатність їх контролювати. Тривога в даному випадку виходить із страху, що, коли людина зробить щось погане, це буде мати тяжкі негативні наслідки.

3) моральна тривога – зумовлена тиском Super-Ego; це емоційна відповідь на те, що Ego відчуває загрозу з боку Super-Ego. Моральна тривога виникає завжди, коли id хоче виразити непристойні думки та і дії, і Super-Ego відповідає на це почуттям вини, стиду або самозвинувачення.

Отже, основна функція тривоги, за Фрейдом, – допомагати людині уникнути усвідомлення своїх негативних імпульсів і задовольняти їх прийнятним шляхом в потрібний час.

На відміну від Фрейда, Карен Хорні не вважала, що тривога є необхідним компонентом в психіці людини. Навпаки, вона стверджувала, що тривога виникає в результаті відсутності відчуття безпеки в міжособистісних стосунках.

К. Хорні вважала, що в дитинстві у людини є дві основні потреби: потреба у задоволенні і потреба у безпеці. Задоволення охоплює всі біологічні потреби: в їжі, сні і т. д. Головною в розвитку дитини є потреба в безпеці, тобто це потреба бути любимим, бажаним, захищеним. Задоволення цієї потреби повністю залежить від батьків дитини, якщо вони її задовольняють формується здорова особистість. Якщо ж потреба не задовольняється батьками у дитини формується базальна ворожість. В цьому випадку дитина знаходиться в важкій ситуації: вона залежить від батьків і в той же час відчуває по відношенню до них образу. Тому дитина подавляє свої негативні відчуття до батьків для того, щоб вижити.

Відповідно теорії Хорні ті ж самі негативні переживання ворожості потім дитина відчуває і по відношенню до інших людей в теперішньому і в майбутньому. Таким чином у дитини з'являється базальна тривога, відчуття самотності та безпомічності перед лицем потенційно небезпечного світу. В подальшому житті, щоб компенсувати базальну тривогу людина вдається до різних захисних стратегій, які Хорні назвала невротичними потребами. Серед них: потреба в любові і схваленні, чітких обмеженнях, потреба у владі, експлуатації інших, захоплення собою, самодостатності і незалежності, потреба в суспільному визнанні та ін. Ці потреби притаманні всім людям, але

здорова людина не фіксується на одній і проявляє гнучкість у їх задоволенні, чого не може невротик, який фіксується на одній потребі.

Таким чином були розглянуті перші дослідження, що стосувалися тривожності, де прослідковується дві думки про суть явища тривоги. Відповідно до однієї з них (Фрейд) тривога є необхідним явищем у житті особистості, інша (Хорні) заперечує цю думку. В процесі розвитку психології ще багато психологів зверталося до питання тривоги і сучасні висновки про неї істотно змінилися.

1.4. Вивчення впливу тривожності на виникнення та протікання цукрового діабету в підлітків

При вивченні патогенезу цукрового діабету підлітків, велике значення надають проблемі особистості. Саме психогенні впливу впродовж усього життя хворого створюють сприятливий ґрунт для деформації психологічних структур особистості, роблять її підвищено емоційногенними факторами, при цьому спостерігається розбалансованість вегетативної, нервової та ендокринної систем [33, 123].

Які ж стресогенні впливи деформують особистість? Є чотири відповіді на це питання:

- 1) дитячі психогенії;
- 2) міжособистісні конфлікти в сім'ї та однолітками;
- 3) втрата близьких; 4) травматичні пошкодження головного мозку [33, 124].

Особливу увагу ми приділили такій рухливій рисі, як тривога.

Отримані А. Ф. Бистрицької результати дослідження, підтверджують припущення психологів про те, що тривога не пов'язана ні з мотивацією, ні з характером, а скоріше є стійким психічним станом. Вона є дуже рухливою рисою і характеризується оборотністю при нормалізації соматичного стану і соціальних умов людини.

Тривога являє собою стійкий стан невизначеною загрози, характер і спрямованість якої не відомі. Воно може тривати протягом тривалого часу і зазнавати зворотного розвитку або прогресувати. Тривога впливає на характер організації психічної діяльності та ефективність розумової діяльності.

Чи є тривога стійкою рисою особистості? Ми вважаємо, що в умовах психосоматичних захворювань (наприклад, цукровий діабет) з тривалим хронічним перебігом тривога є достатньо стійкою рисою особистості. Вона характеризується відчуттям неспокою, напруги, нервозності, відчуттям небезпеки, неясної загрози, яке супроводжується активацією вегетативної нервової системи [34, 351].

Тривогу можна розглядати як механізм психологічного захисту і як переривання організованого, цілеспрямованого поведінки організму (порушення функціональної системи за П. К. Анохін), його блокування, що призводить до вегетативної активації. Маніфестацією вегетативної активності у цих хворих є підвищення рівня глюкози в крові, часто ще до початку емоційної напруги («стартова готовність»). У хворих на цукровий діабет (як і при інших психосоматичних захворюваннях) тривога виникає в ситуації безпорадності організму, коли у людини немає альтернативних способів подолання захворювання. Ймовірно, тривога, пов'язана з психосоматичних захворюванням, є специфічною рисою людської, пов'язаної з ситуативної неадекватністю концептуальної системи особистості. У зв'язку з тим що оцінка тривоги даної особистістю завжди пов'язана з майбутнім, тут завжди присутній елемент невизначеності [33, 162].

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ПІДЛІТКІВ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

2.1 Методи та методики дослідження

У нашому дослідженні була висунута така гіпотеза: «Підвищений рівень тривожності переважає у підлітків хворих на цукровий діабет».

Дослідження проводилося на базі ЗОДКЛ м. Запоріжжя відділення ендокринології, у якому приймали участь 25 хворих на цукровий діабет віком від 14 до 16 років. Контрольна група складала таку ж саму кількість опитуваних – 25, у яких в амбулаторних картках не були зафіксовані гострі хронічні хвороби.

Для підтвердження чи спростування гіпотези ми використали методику «Самооцінка емоційних станів» ситуативної та методику «ТіД» (методика «тривожність і депресія»).

Дана методика «Самооцінка емоційних станів» розроблена американськими психологами А. Уєсманном і Д. Ріксоном (ми використовували скорочений варіант). Вимірювання в цій методиці в десятибальній системі. Респонденту дається інструкція «Оберіть в кожному із запропонованих тверджень, те яке найкращим чином описує Ваш стан зараз. Номер твердження обраного із кожного набору, запишіть у відповідну строчку для відповідей [30, 82].

Вимірюються наступні показники: П (показник) 1 – С (самооцінка) «Спокій – тривожність» (індивідуальна самооцінка – П1 – рівняється номеру судження, обраного респондентом із даної шкали. Аналогічно виходить індивідуальне значення по показникам П2, П3, П4)

П2 – С «Енергійність – втомленість»;

П3 – С «Припіднятність – подавленість»;

П4 – С «Почуття впевненості в собі – почуття безпорадності»;

П5 – С «сумарна (по чотирьом шкалам) оцінка стану: $I5 = I1 + I2 + I3 + I4$, де $I1, I2, I3, I4$ – індивідуальне значення по відповідним шкалам.

Кожна шкала складається з десяти тверджень

Наступна методика «ТіД» метою якої було виявити стан тривожності та депресії, обумовлені неврівноваженістю нервових процесів.

Респондентам пропонувалось відповісти на питання анкети, яка супроводжувалась наступною інструкцією: «Просимо Вас відповісти на серію питань, які допоможуть нам виявити Ваш стан. Відповідайте, будь ласка, відверто»

Якщо станів, указаних в питанні, у Вас ніколи не було, поставте 5 балів;

Якщо зустрічаються дуже рідко – 4 бали;

Якщо бувають час від часу – 3 бали;

Якщо вони бувають часто – 2 бали;

Якщо майже завжди або постійно – 1 бал.

Якщо питання Вам незрозуміле – зверніться за поясненням [30, 82].

Дослідження проводилося індивідуально.

Респонденти отримували бланки відповідей, їх увага звертали на те, щоб не допускали помилок при заповненні бланків.

2.2. Аналіз отриманих результатів

В ході нашого дослідження були отримані наступні результати.

При проведенні методики «ТіД» ми отримали приведені нижче дані:

Із 25 хворих виявилось, що в 19 чоловік мають виражену психічну напруженість, що становить 76 %. Під час того, як піддослідні відповідали на питання було помітні також невербальні ознаки тривоги. А саме, невротичні рухи пальцями, постійна зміна положення тіла, покусування нігтів, а також губ, різке розширення зіниць.

В інших 6 чоловік (24%) було виявлено пограничний стан тривоги, який проявляється в зниженому порозу збудження по відношенню до

різноманітних стимулів, нерішучості, нетерпимості, непослідовності дій. Однією з причин невротичної реакції тривоги є хвилювання за стан свого здоров'я.

Що стосується депресії, то вона проявляється в невротичних реакціях – в ослабленні тону життя та енергії, зниження загального фону настрою, звуженням та обмежуванням в контактах з оточуючими, присутність почуття безрадісності та самотності. Це було виявлено в 18 хворих.

Наступна методика «Самооцінка емоційних станів», яка була проведена з тими ж досліджуваними. Як показали результати методики, що по шкалі «спокій – тривога» хворі самі оцінюють свій стан як: «переживаю деяку заклопотаність, страх, неспокій або невизначеність, знервований, хвилююся, роздратований». Цей варіант відповіді обрало 10 чоловік (40%). Наступне твердження: «Значна невпевненість, вельми травмований невизначеністю. Страшно», обрало 5 чоловік (20%). 7 хворих (28%) відчувають: «Велику тривогу, заклопотаність. Виснаженість страхом». І лише 3 людини (12%) обрали варіант: «Дещо заклопотаний, відчуваю себе скуто, трохи стривожений».

Наступна шкала «енергійність – втома». Із запропонованих тверджень більшість досліджуваних, тобто 12 чоловік, обрали варіант: «Велика втома. В'ялість. Мізерні ресурси енергії». 8 чоловік обрали варіант: «Жахливо втомлений. Майже виснажений і практично не в змозі до дій. Майже не залишилося запасів енергії». 5 хворих вважають себе: «Достатньо втомлено. В запасі не дуже багато енергії» [20, 73].

По шкалі «припіднятність – подавленість» 13 хворих обрали наступне твердження: «Настрій подавлений і дещо сумний». 4 чоловік відчувають себе дещо подавлено і «так собі». 5 хворих обрало: «Пригноблений і відчуваю себе дуже подавлено. Настрій знижений». 3 чоловік: «Дуже пригноблений. Відчуваю себе просто жахливо».

Шкала «впевненість в собі – безпорадність». 8 досліджуваних із запропонованих тверджень обрали: «Відчуваю, що мої вміння та задатки дещо

обмежені». 10 чоловік: «Відчуваю себе достатньо нездібним». 7 хворих: «Відчуваю себе жалким і нещасним. Втомився від своєї некомпетентності».

Результати наступного характеру, ми отримали при проведенні таких самих двох методик, але вже з цілком здоровими людьми.

При приведенні методики «ТіД» ми отримали такі дані:

Із 25 опитуваних виявилось, що у 21 чоловіка добрий психічний стан. І лиш у 4-ох - пограничний стан тривоги, який проявляється в нерішучості, нетерпеливості, непослідовності дій [20].

Методика «Самооцінка емоційних станів», також була проведена з тими самими респондентами (контрольна група), які має наступні результати. По шкалі «спокій – тривога» - 11 чоловік цілком впевнені і вільні від хвилювань; 8 чоловік вважають, що нічого їх особливо не хвилює, почувають себе більш - менш непримушено і 6 чоловік дещо схвилювані, почувають себе скуто, присутня невелика тривога.

Шкала «енергійність – втомленість» – 14 чоловік: «почувають себе достатньо свіжими, в міру бадьорими»; у 5 чоловік: «багато енергії, сильна потреба в діях»; 4 чоловіка: «дещо втомлені, присутні лінощі, не вистачає енергії»; 2 чоловіки: «достатньо втомлені, в запасі не дуже багато енергії».

Шкала «припіднятність – подавленість» – 13 респондентів: «почувають себе достатньо добре»; 6 чоловік: «почувають себе дещо подавлено»; 3 чоловіка: «збуджені, в доброму розволожені духу»; 3 досліджуваних: «почувають себе трохи подавлено».

Шкала «впевненість в собі – безпомічність» – 10 чоловік: «відчувають, що їх здібностей достатньо і перспективи хороші»; 6 чоловік: «почувають себе достатньо компетентними»; 5 чоловік: «дуже впевнені в своїх здібностях»; 4 чоловіка: «почувають себе достатньо нездібними».

Аналіз результатів проведеної методики по вивченню самооцінки емоційних станів, по шкалі «Спокій – Тривожність», показує, що кількісний показник хворих респондентів досягає лише позначки 5:

– 2 – 5 чоловік (20%);

- 3 – 7 чоловік (28 %);
- 4 – 10 чоловік (40%);
- 5 – 3 чоловіки (12%).

Результати тієї ж шкали стосовно здорових респондентів:

- 10 – 11 чоловік (44%);
- 7 – 6 чоловік (24%);
- 6 – 8 чоловік (32%).

Результати хворих вказують на 2 – 5 рівні. Ці дані свідчать про наявність вираженої тривожності різної сили. Здорові ж респонденти вказують на 6 – 10 рівні. Для них є характерними відносний спокій та урівноваженість емоційних станів.

Наступна шкала «Енергійність – Втомленість» (хворі):

- 4 – 5 чоловік (20%);
- 3 – 12 чоловік (48%);
- 2 – 8 чоловік (32%).

Здорові респонденти:

- 8 – 5 чоловік (20%);
- 6 – 12 чоловік (48%);
- 5 – 4 чоловік (16%);
- 4 – 2 чоловіки (8%).

По даній шкалі ми бачимо, що лише четверте твердження виступає спільним для обох груп респондентів. Це говорить про наявність ситуативної втоменості, до того ж невеликої. Хворі обирають 2 – 4 рівні. Свідчать про велику втоменість, яка характеризується недієздатністю. Здорові 4 – 8 рівні. Також присутні елементи втоменостія, але схильність до дій.

Шкала « Припіднятість – Подавленість» (хворі):

- 5 – 4 чоловік (16%);
- 4 – 13 чоловік (52%);
- 3 – 5 чоловік (20%);

– 2 – 3 чоловік (12%).

Здорові респонденти:

– 7 – 3 чоловіки (12%);

– 6 – 13 (52%);

– 5 – 6 чоловік (24%);

– 4 – 3 чоловіки (12%)

Дані шкали показують, що 5 та 4 твердження виступають спільними, та кількість чоловік які обрали їх суттєво відрізняються. В такому випадку, ми можемо говорити про невелике зниження настрою в здорових респондентів. Отже, хворі знову обирають 2 – 5 рівні, що відповідає незадовільному стану, а саме подавленості. Здорові обирають 4 – 7 рівні, що значно вище та відповідає кращому самопочуттю.

Шкала « Впевненість в собі – Безпорадність» (хворі):

– 5 – 8 чоловік (32%);

– 4 – 10 чоловік (40%);

– 2 – 7 чоловік (28%);

Здорові респонденти:

– 8 – 5 чоловік (20%);

– 7 – 10 чоловік (40%);

– 6 – 6 чоловік (24%);

– 4 – 4 чоловік (16%)

Отримані результати показують , що відповіді обох груп співпали лише на одному рівні – четвертому. В даному випадку ми можемо говорити про те, що у здорових респондентів, які відчувають себе втомлено, безпорадність являється наслідком. Хворі залишаються на 2 – 5 рівнях. Вони відчувають себе достатньо некомпетентними та нещасними. Здорові респонденти знаходяться на 4 – 8 рівнях. Це говорить про значно вищий рівень впевненості в собі і в своїх здібностях.

Таким чином, по результатам всіх шкал даної методики ми спостерігаємо суттєві розбіжності стосовно двох груп опитуваних. У хворих

респондентів виражена втомленість, підвищений рівень тривожності, подавленість, невпевненість в своїх силах, яка характеризується різною силою тяжкості. Контрольна група респондентів обирали ті варіанти тверджень, що свідчать про енергійність, впевненість в своїх силах, припіднятність та врівноваженість. Та невеликий відсоток (12%) здорових людей знаходились в пограничних станах, які характеризувались зниженим настроєм, недієздатністю і т. д.

2.3 Методичні рекомендації для корекції негативних емоційних станів для підлітків хворих на цукровий діабет.

Релаксаційна вправа «Бійка» (Чистякова М. І.).

Мета: ця гра допоможе підлітку розслабити м'язи нижньої частини лиця і грон рук, а також зняти емоційну напругу і частково зняти агресію.

«Ви з другом посварилися. Ось-ось почнеться бійка. Глибоко вдихніть, якнайміцніше стискуйте щелепи. Пальці рук зафіксуйте в кулаках, до болю втиснете пальці в долоні. Затамуєте подих на декілька секунд. Задумайтеся: може, не варто битися? Видихніть і розслабтеся! Неприємності позаду!» [29].

Заспокійлива вправа «Повітряна кулька» (Чистякова М. І.).

Мета: зняти напругу, розслабити м'язи живота, нормалізувати дихання. Ця вправа використовується також для того, щоб заспокоїти підлітків.

Всі гравці стоять або сидять в крузі. Ведучий дає інструкцію: «Уявіть собі, що зараз ми з вами надуватимемо кульки. Вдихніть повітря, піднесіть уявну кульку до губ і, роздуваючи щоки, повільно, через прочинені губи надувайте його. Стежите очима за тим, як ваша кулька стає все більше і більше, як збільшуються, зростають узорі на ній. Представили? Я теж представила ваші величезні кулі. Диміть обережно, щоб кулька не лопнула. Вправу можна повторити 3 рази [29].

Гра «Фотосесія» (О. Лютова, Г. Моніна).

Мета: зняти м'язову напругу, втому. Також ця вправа настроює підлітків на довіру один до одного та до психолога, піднімає настрій.

Ми з вами відвідаємо фотостудію. Ви всі будете моделями, а я – фотографом. Я проситиму вас змалювати вираз обличчя різних героїв. Наприклад: покажіть, як виглядає зла Баба Яга». Діти за допомогою міміки і нескладних жестів або лише за допомогою міміки змальовують Бабу Ягу. «Добре! Здорово! А тепер замреть, фотографую. Молодці! Деяким навіть смішно стало. Сміятися можна, але лише після того, як кадр знятий.

А тепер змалюєте Ворону (з байки «Ворона і Лисиця») в той момент, коли вона стискує в дзьобі сир». Діти щільно стискають щелепи, одночасно витягуючи губи, змальовують дзьоб. «Увага! Замреть! Знімаю! Спасибі! Молодці! А тепер покажіть, як злякалася бабуся з казки «Червона шапочка», коли зрозуміла, що розмовляє не з внучкою, а з Сірим Вовком». Діти можуть широко розкрити очі, підняти брови, прочинити рот. «Замреть! Спасибі!

А як хитро посміхалася Ліса, коли хотіла сподобатися колобку? Замреть! Знімаю! Молодці! Чудово! Добре попрацювали!» Далі вчитель або вихователь, на свій розсуд, можуть похвалити особливо тривожних дітей, наприклад так: «Всі працювали добре, особливо страшною була маска Віті, коли я поглянула на Сашу, то сама злякалася, а Машенька була дуже схожа на хитру лисицю. Всі постаралися, молодці!» «Робочий день моделі закінчено. Дякую всім!» [29].

Антистресова вправа «Лист» (Наєнко Н. І.).

Мета: зняти стресову напругу, яка накопичилася за тиждень (рекомендовано проводити в кінці робочого тижня).

Напишіть на аркуші усі неприємні ситуації, які були у вас на протязі цього тижня (отримана двійка, сварка с батьками, бійка з однокласником тощо) у формі листа другу, якій живе у іншій країні.

Усі написали? Нічого не забули? Молодці!

Цей лист ми відправляти не будемо! Навіщо акцентувати увагу на поганому? Тепер давайте цей лист порвемо на дрібні шматочки! Він нам більше не потрібен! Рвемо і забуваємо усе неприємне, що з нами трапалося!

А тепер давайте напишемо інший лист! Розповімо другу тільки хороше, що було на цьому тижні! Давайте пригадаємо приємні моменти!

Цей лист ви збережіть і коли з вами станеться щось цікаве та добре – допишіть сюди! А коли щось вас засмутить – причитайте цього листа та пригадайте приємні моменти свого життя і у вас зразу підніметься настрій [35, 53].

Фізична вправа «Візьміть себе у руки» (Хасай Алієв).

Мета: зняти стресову напругу, зібратися з думками.

Цей метод розробив лікарка-психіатр Хасай Алієв. Метод складається з трьох етапів.

Підготовчий. Спочатку робимо налаштування (із закритими очима): спокійні рухи головою, плечима, тазом, колінами – дуже повільно, з мінімальним зусиллям і максимальним задоволенням. Тепер обійміть себе двома руками, голову ледве схилите набік. Розгойдуйтеся вперед-назад.

Основний. Підніміть руки вперед. І, нічого спеціально не роблячи, накажіть рукам розійтись. Уявіть, як простір, розширюючись, розштовхує руки в різні боки, а за зап'ястя, як за ниточки, хтось тягне. Скиньте руки і повторите ще. (Цей метод психорегуляції давно використовують в своїй роботі лікарки, психологи, спортсмени, артисти і інші творчі працівники.)

Релаксаційно-стабілізуючий. На останньому етапі поважно просто сісти і хвилини десять мовчки посидіти із закритими очима. У цей момент ви можете нарешті відчути ефект «порожньої голови» — коли немає думок і постійного діалогу [25].

Гра «Швидкі відповіді» (Наєнко Н. І.).

Мета: ця гра підіймає упевненість у собі та допомагає підліткам виробити модель поведінки у стресовій ситуації [35].

Ведучий задає по черзі кожному питання і чекає відповіді протягом вимовного вголос рахунку: 1-2-3. Обмеження часу створює стресову ситуацію, оскільки після рахунку 3 відповідь визнається недійсною. Питання носять жартівливий характер, часто з «підколупуванням», і на них можна відповідати «по-дитячому». Питання можуть бути на різноманітні теми.

При правильній відповіді учасник стає вперед на один крок. Ведучий повинен непомітно направляти гру так, щоб не допускати надмірного випередження або відставання інших. Це підсилює інтерес до гри, оскільки ніхто не може бути заздалегідь упевнений, що саме він отримає перемогу.

Ми задавали підліткам наступні питання:

Коли у Буратіно день народження? Чому жаби скачуть? О котрій годині дзвонить твій будильник? Чому крокодил зелений? Скільки часу в тебе уходить на домашнє завдання? Чому морозиво холодне? Чому ми ходимо на ногах, а не на руках? Чому земля кругла? Чому лампочка світить? Чому земля всередині гаряча? Чому слон великий? Чому павук маленький? Що можливо побачити с заплющеними очами? Скільки років Бібі Язі? Яка відстань від Марса до Землі? Навіщо ти ходиш до школи? Що перше ти робиш, коли прокинешся вранці? Де знаходиться Мексика? Як звуть Петра Першого? Де живуть зебри?

Релаксаційна вправа «Корабель і вітер» (Чистякова М. І.)

Мета: настроїти групу на робочий лад, насичає організм дитини повітрям, стабілізує тиск.

«Уявіть собі, що наш парусник пливе по хвилях, але раптом він зупинився. Давайте допоможемо йому і запросимо на допомогу вітер. Вдихніть в себе повітря, сильно втягніть щоки... А тепер шумно видихніть через рот повітря, і хай вітер, що вирвався на волю, підганяє кораблик. Давайте спробуємо ще раз. Я хочу почути як шумить вітер!» [29].

Вправа «Корона» (Чистякова М. І.).

Мета: Зняти напругу з позвоночника, підсилити відчуття упевненості у собі.

Станьте прямо-прямо, випряміть спину, заплющте очі, глибоко вдихніть повітря, підійміть руки догори. А тепер потягніться угору! Ще! Ще! І ще трошки! Відкрийте очі, подивіться угру! Бачите корону? Дотягніться до неї, візьміть її у руки та надіньте на себе! Ось так, з прямою спиною та короною на голові, гордо йдемо додому [25].

Профілактика негативних емоційних станів у підлітків хворих на цукровий діабет перш за все заснована на психогігієнічних заходах, направлених на нормалізацію стосунків в рамках лікарняного стаціонару, з однолітками та з сім'єю.

До таких заходів відносяться формування активності, ініціативи, вчення подоланню труднощів, дезактуалізація лякаючих обставин (хвороба, розлука з батьками, зустріч з незнайомими людьми) [45].

Важливу роль грає виховання в підлітка з певною індивідуалізацією підходу, підбором товарищів певного складу характеру. Певна профілактична роль належить також заходам по зміцненню фізичного здоров'я, перш за все дозоване заняттям фізкультурою. Чимала роль належить психогігієні розумової праці даної категорії підлітків, запобіганню їх інтелектуальним і інформаційним перевантаженням [26].

Батьки повинні завжди пам'ятати основні правила виховання підлітків хворих на цукровий діабет:

1. Дитина повинна постійно відчувати вашу віру в неї, особливо в неблагополучні для неї періоди.
2. Не судити підлітка, якщо його погляди і цінності розходяться з вашими.
3. Уникати допитів, підтримучи довірчі стосунки з підлітком.
4. Не нав'язути своєї думки, домовлятися з підлітком.
5. Контроль за підлітком повинен бути ненав'язливим. Не робить заборонений плід солодким.
6. Цінувати їх відвертість, щиро цікавитися проблемами.
7. Говорити на рівних, тон наказу спрацює не на користь.

8. Неможна жартувати над ними, висміювати відчуття, зменшуючи їх значення. Постарайтесь віднести дітей з повагою.

9. Не дратувати і не проявляти агресивності.

10. Не говорити про об'єкт захоплення вашого дитяти зверхнім, образливим тоном, тим самим можна принизите його самого.

11. Дозволяти підлітку самостійно розібратися в об'єкті своєї прихильності, і якщо у нього настане розчарування в своїх відчуттях, хай воно виходить не від вас, а від нього самого. Він відчує, що здатний самостійно знатися на ситуації і приймати рішення.

12. Особистий приклад батьків: здатність подати хороший приклад для наслідування; слідувати тим же принципам, яким учать дітей. Оскільки процес ідентифікації у підлітків частково протікає в сім'ї, ті з них, хто гордиться своїми батьками, як правило, відчувають себе досить комфортний на навколишньому світі.

13. Стосунки між подружжям в сім'ї (що навіть колишнім) не повинні відбиватися на психічному здоров'ї дитяти.

14. Менше зауважень і дратівливих інтонацій, більше прийомів, спонукаючих до самоаналізу і самооцінки [29].

15. Не нагадувати постійно підлітку про його особливий соматичний статус, але й не можна його зовсім нівелювати.

За умови дотримання і виконання всіх вищеперерахованих умов можна досягнути наступне: що з діабетом можна жити щасливим та повноцінним життям, не дивлячись на те, що виникає потреба в більшій організованості і нерідко в самообмеженні. Психолог допомагає їм зрозуміти, що обов'язковою умовою досягнення життєвих цілей та самореалізації є вміння контролювати свою хворобу. Кінцевим результатом роботи психолога є покращення психоемоційного стану; позитивні тенденції у побудові життєвих прогнозів; зняття почуття неповноцінності; вирішення особистісних психологічних проблем хворих. Одночасно, необхідно проводити індивідуальну роботу з батьками хворих дітей, яким допомагають прийняти нову реальність.

ВИСНОВКИ

У роботі було розглянуто один із емоційних розладів, який особливо актуалізується із настанням підліткової кризи – тривожність, з урахуванням в першу чергу цукрового діабету. В роботі теоретично досліджено емоційні особливості хворих підлітків, розглянуто зарубіжні та вітчизняні концепції підліткового віку, описано особливості проблеми підліткової кризи. Іншим аспектом дослідження є вивчення явища тривожності, її проявів та впливу на особистість, самооцінку, соціалізацію та діяльність, підлітків з цукровим діабетом.

В роботі було проведено дослідження тривожності хворих підлітків. Для того, щоб глибше дослідити це явище, були продіагностовано як хворі так і відносно здорові підлітки.

Отримані результати методик дають підставу стверджувати, що наша гіпотеза підтвердилась: підвищений рівень тривожності переважає у підлітків хворих на цукровий діабет.

1. група – 25 хворі на цукровий діабет;
2. група – 25 відносно здорові (не мають гострих хронічних захворювань).

Таким чином, у нас сформувалась загальна картина взаємозалежності вивчаючих компонентів.

На нашу думку, важливість вивчення проблеми впливу емоційних складових, даному випадку тривожності, на стан психосоматичних хворих досить важливе та цікаве. Розвиток психології та медицини зараз знаходяться на достатньо високому рівні. Але залишається багато питань, які чекають свого пояснення. На прикладі нашої науково – дослідницької роботи можна побачити, що підходів до вивчення одного питання є достатньо багато, і кожен із них має право на своє існування.

Також, спираючись на отримані результати, ми можемо звернутись не тільки до кваліфікованих спеціалістів, але й до тих кого хвилює це питання,

хто зіткнувся з цим в житті. Можливо не кожний має змогу скористатися нашими рекомендаціями, а саме пройти повний курс психотерапії, та деякі елементи можна втілити власними зусиллями.

На нашу думку, важливість вивчення проблеми впливу емоційних складових, даному випадку тривожності, на стан психосоматичних хворих досить важливе та цікаве. Розвиток психології та медицини зараз знаходяться на достатньо високому рівні. Але залишається багато питань, які чекають свого пояснення. На прикладі нашої науково – дослідницької роботи можна побачити, що підходів до вивчення одного питання є достатньо багато, і кожен із них має право на своє існування.

Виходячи із усього вищесказаного, вважаємо, що подальші напрямки дослідження цього питання повинні стосуватися глибинного вивчення емоційних станів підлітків хворих на цукровий діабет.

Ще одним важливим аспектом подальших досліджень має виступати корекція гіпертрофованих станів, яка неодмінно повинна здійснюватись і розширювати свої можливості у формуванні особистості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психологія в медицині. Миколаїв: ЛПА «Кафедра-М», 1998. 272 с.
2. Alexander F. Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications. New York: W. W. Norton & Company, 1965. 304 p.
3. Alexander F., Scheier L.M. The Twin Soul of Alexander: A novel of Alexander the Great (Alexander and Hephaestion). Scotts Valley: CreateSpace Independent Publishing Platform, 2017. 296 p.
4. Корнацький В. М. Вплив тривоги та депресії на якість життя пацієнтів із серцево-судинною патологією. *Буковинський медичний вісник*. 2015. № 4. С. 84–85.
5. Медична психологія: підручник / за редакцією академіка С. Д. Максименка. Том I. 3-є вид. доробл. і доповн. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 512 с.
6. Izard C. E. Patterns of emotions: A new analysis of anxiety and depression. New York, Academic Press, 1972.
7. David D. Burns. Feeling Good. The New Mood Therapy. New York, William Morrow Paperbacks, 1980. 736 p.
8. Браш Х., Рихберг И.-М. Беспричинный страх. Пер. с нем. Б. Григорьева. Москва: Сигма-Пресс, 1998. 186 с.
9. Sullivan J., Sullivan P.D. Biomedical Psychiatric Therapeutics. Boston: Butterworth publishers, 1984. 272 p.
10. Психологічний словник. / Під редакцією Войтка В.І. Київ: Вища школа, 1982. 217 с.
11. Основи деонтології [Електронний ресурс] : навчальний посібник для студентів спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», спеціалізації «Фізична терапія» / КПІ ім. Ігоря Сікорського; уклад.: Ю. В. Копчинська, С. Б. Латенко. Київ: КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2019. 87 с. URL: <https://ela.kpi.ua/handle/123456789/42302>

12. Юрценюк О, Напреєнко О, Напреєнко Н. Психосоматичні корелянти та психічні розлади при цукровому діабеті. PMGP [інтернет]. 11, Грудень 2021 [цит. за 12, Січень 2025]; URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/314>
13. Izard C. E. Human emotions. New York: Plenum, 1977. 496 p.
14. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. Санкт-Петербург: Питер, 1999. 752 с.
15. Бойко-Бузиль Ю. Ю. Негативні психічні стани та методи їх попередження. *Особистість, суспільство, війна: тези доповідей учасників міжнародного психологічного форуму (7 квіт. 2023 р., м. Харків, Україна) / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків. 2023. С. 32-34.*
16. Бурлачук Л.Ф., Грабская И.А., Кочарян А.С. Основы психотерапии: Учебн. Пособие для студентов вузов, которые обучаются по спец. «Психология», «Соц. педагогика». Киев: Ника-Цент, 1999. 320 с.
17. Медична психологія : підруч. / за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.
18. Склярєнко О. М. Теоретичні аспекти тривожних розладів *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки: збірник наукових праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. № 4(49). С. 69-75.*
19. Малиш В. Діагностика та корекція тривожного розладу особистості. *Věda a perspektivy. 2024. №. 4 (35). С. 12-18.*
20. Кормило О.М. Психічні стани та їх зв'язок зі страхом у дитячому віці. *Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Серія «Проблеми сучасної психології». 2014. № 23. С. 286-295*
21. Путров, С. Ю. Біосоціальні технології впливу на здоров'я людини: соціально-філософський аналіз. (Дис. докт. філософ. наук). Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. Київ: Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова 2016.

22. Ільїна Н. М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2020. 163 с.
23. Божок О.О. Феномен фрустрації. *Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка*. 2010. Вип. 2. С. 87–94 URL: [https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/1542/Bozhok.pdf?sequence=1 &isAllowed=y](https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/1542/Bozhok.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (дата звернення 19 вересня 2023 року).
24. Дем'яненко Б. Т. До питання про формування психологічних та психопатологічних проблем у дітей та підлітків.: *Науковий часопис національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова*, серія 19, Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Випуск 28 , 2015. с 272-277.
25. Головченко О. В. Кабанцева А. В. Медико-психологічні особливості хворих на цукровий діабет. In: *The XVII International Science Conference «Current trends in the development of science and practice», June 07–09, Haifa, Israel*. 2021. P. 93-97.
26. Тітова, М. А., Михайлишин, У. Б. Психологічні особливості емоційної сфери у пацієнтів, хворих на цукровий діабет. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (4), 30-33. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.4.6>
27. Михайлова Е. А., Мітельоа Д. А., Матковська Т. М. Психологічні особливості дітей та підлітків, хворих на цукровий діабет 1 типу. *Український журнал дитячої ендокринології*, 2019, 4. С. 43-50.
28. McNamara R., Robling M., Hood K. et al. Development and Evaluation of a Psychosocial Intervention for Children and Teenagers Experiencing Diabetes (DEPICTED): a protocol for a cluster randomised controlled trial of the effectiveness of a communication skills training programme for healthcare professionals working with young people with type 1 diabetes // *BMC Health Serv. Res.* 2010. Vol. 10. - 36.
29. Психологу для роботи. Діагностичні методики: збірник / укладач: М.В. Лемак, В.Ю. Петрище. Ужгород: Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. 616 с.

30. Якурнова О. Л. Психологічні особливості пацієнтів з хронічними гіпертонічними захворюваннями. *Актуальні питання розвитку сучасної науки та освіти (частина II): матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції м. Львів, 16-17 січня 2021 року*. Львів: Львівський науковий форум, 2020. С. 67.
31. Харченко Д. М. Комплексний підхід у дослідженні психосоматичних розладів. *Актуальні проблеми психології*, 2012, 1, Вип. 35: С. 154-157.
32. Лукашенко М.В., Рябчикова Д. Психологічний аспект картини серцево-судинних захворювань. *Сучасні аспекти діагностики та лікування захворювань серцево-судинної системи: Матеріали науково-практичної конференції викладачів та студентів вищих медичних навчальних закладів I-II рівнів акредитації Вінницької області (м. Вінниця, 2015)*. Вінниця: Вінницький медичний коледж ім. акад. Д. К. Заболотного, 2015. С.31-36.
33. Сарвир И. Н. Сравнительные данные экспериментально-психологического исследования личности больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца с анксиозными состояниями. *Медицинские исследования, Том 1, выпуск 1.*, 2001.С. 41-43.
34. Карвацька Н. С., Пліхта Н. Д., Карвацька Т. Г. Особистісні особливості як основа виникнення пограничних психічних розладів. Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки. 2014 DOI:<http://dspace.bsmu.edu.ua/bitstream/123456789/8867/1/%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B0%20%D0%9B%D1%8C%D0%B2%D1%96%D0%B2%2028%20%D0%B1%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8F2014.pdf> (дата звернення: 03.05.2016).

ДОДАТКИ

Додаток А

МЕТОДИКА «Тід»

ПИТАННЯ

Просимо Вас відповісти на серію запитань, які допоможуть Вам з`ясувати ваше самопочуття. Відповідайте, будь ласка, щиро.

Якщо станів, зазначених у запитанні, у Вас ніколи не було, поставте 5 балів; якщо зустрічається дуже рідко – 4 бали, якщо буває часом – 3 бали, якщо вони бувають часто – 2 бали.

Якщо питання незрозуміле – зверніться за роз'ясненнями.

Чи помічаєте Ви, що стали більш повільні та мляві, що немає колишньої енергійності?

Вам важко буває заснути, якщо Вас що-небудь турбує?

Чи відчуваєте Ви себе пригніченим і пригніченим?

Чи буває у Вас відчуття якогось занепокоєння (начебто щось має трапитися), хоча особливих причин немає?

Чи помічаєте Ви, що зараз відчуваєте меншу потребу в дружбі й ласці, ніж раніше?

Чи приходиться Вам думка, що у Вашому житті мало радості та щастя?

Чи помічаєте Ви, що стали якимось байдужим, немає колишніх інтересів і захоплень?

У Вас бувають періоди такого занепокоєння, що Ви навіть не можете всидіти на місці?

Очікування Вас тривожить і нервує?

У Вас бувають кошмарні сновидіння?

Ви відчуваєте тривогу і занепокоєння за кого-небудь або за що-небудь?

Чи буває у Вас відчуття, що до Вас ставляться байдуже, ніхто не прагне Вас зрозуміти і поспівчувати Вам, і Ви відчуваєте себе самотнім (самотньою)?

Ви звертали увагу на те, що руки і ноги часто перебувають у Вас у неспокійному русі?

Чи відчуваєте Ви у себе нетерплячість, непосидючість або метушливість?

Вам часто хочеться побути на самоті?

Ви помічаєте, що Ваші близькі ставляться до Вас байдуже або навіть неприязно?

Ви відчуваєтеся скуто і невпевнено в суспільстві?

Чи приходиться Вам думати, що Ваші подруги (друзі) або близькі щасливіші, ніж Ви?

Перш ніж прийняти рішення, Ви довго вагаєтеся?

У Вас виникає відчуття, що в багатьох неприємностях винні Ви самі?

Додаток Б

МЕТОДИКА «САМООЦІНКА ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ»

Виберіть у кожному із запропонованих наборів суджень те, яке найкраще описує Ваш стан зараз. Номер судження, обраного з кожного набору, запишіть у відповідному рядку для відповідей.

Список тверджень за всіма шкалами

«Спокій – тривожність»

1. Досконалий спокій. Непохитно впевнений у собі.
2. Виключно холонокровний, на рідкість упевнений і не хвилююся.
3. Відчуття повного благополуччя, впевнений і відчуваюся невимушено.
4. Загалом упевнений і вільний від занепокоєння.
5. Ніщо особливо не турбує мене. Почуваюся більш-менш невимушено.
6. Деяко стурбований, відчуваюся скуто, трохи стривожений.
7. Переживаю деяку стурбованість. Нервовий, хвилююся, роздратований.
8. Значна невпевненість, Вельми травмований невизначеністю.
9. Величезна тривожність, заклопотаність. Зведений страхом.
10. Зовсім збожеволів від страху. Втратив розум. Наляканий невирішеними труднощами.

«Енергійність – втома»

1. Порив, що не знає перешкод. Життєва сила вихлюпується через край.
2. Життєздатність, що б'є через край, величезна енергія, сильне прагнення до діяльності.
3. Багато енергії, сильна потреба в дії.

4. Почуваюся свіжим, у запасі значна енергія.
5. Відчуваю себе свіжим, в міру бадьорий.
6. Злегка втомився. Лінощі. Енергії не вистачає.
7. Досить втомлений, у запасі трохи енергії.
8. Велика втома. Млявий. Мізерні ресурси енергії.
9. Жахливо стомлений. Майже виснажений і нездатний до дії. Майже не залишилося запасів енергії.
10. Абсолютно видихнувся. Нездатний навіть до найнезначнішого зусилля.

«Піднесеність – пригніченість»

1. Сильний підйом, захоплені веселощі.
2. Збуджений, у піднесеному стані. Захопленість.
3. Збуджений, у гарному настрої.
4. Почуваюся добре. Життєрадісний.
5. Почуваюся досить добре, «в порядку».
6. Почуваюся трохи пригнічено, «так собі».
7. Налаштований пригнічено і дещо похмуро.
8. Пригнічений і почуваюся дуже пригнічено. Настрій виразно похмурий.
9. дуже пригнічений. Почуваюся просто жахливо.
10. Крайня депресія і зневіра. Пригнічений. Усе чорно й сіро.

«Впевненість у собі – безпорадність»

1. Для мене немає нічого неможливого. Зможу зробити все, що захочу.
2. Відчуваю велику впевненість у собі. Упевнений у своїх звершеннях.
3. Дуже впевнений у своїх здібностях.
4. Відчуваю, що моїх здібностей достатньо і мої перспективи хороші.

5. Відчуваю себе досить компетентним.
6. Відчуваю, що мої вміння та здібності дещо обмежені.
7. Відчуваю себе доволі нездатним.
8. Пригнічений своєю слабкістю і браком здібностей.
9. Почуваюся жалюгідним і нещасним. Втомився від своєї некомпетентності.
10. Пригнічуюче відчуття – слабкості та марності зусиль. У мене нічого не виходить.

Додаток В

Результати методики «Самооцінка емоційних станів»

Шкала «Спокій – Тривожність»

№ п/п	Кількість обраних тверджень	
	Хворі респонденти	Здорові респонденти
10	-	11
9	-	-
8	-	-
7	-	6
6	-	8
5	3	-
4	10	-
3	7	-
2	5	-
1	-	-

Додаток Д

Методика «Самооцінка емоційних станів»

Шкала «Енергійність – Втомленість»

№ п/п	Кількість обраних тверджень	
	Хворі респонденти	Здорові респонденти
10	-	-
9	-	-
8	-	5
7	-	-
6	-	12
5	-	4
4	5	2
3	12	-
2	8	-
1	-	-

Додаток Е

Методика «Самооцінка емоційних станів»

Шкала «Припіднятність – Подавленість»

№ п/п	Кількість обраних тверджень	
	Хворі респонденти	Здорові респонденти
10	-	-
9	-	-
8	-	3
7	-	-
6	-	13
5	4	6
4	13	3
3	5	-
2	3	-
1	-	-

Додаток Ж

Методика «Самооцінка емоційних станів»

Шкала «Впевненість в собі – Безпомічність»

№ п/п	Кількість обраних тверджень	
	Хворі респонденти	Здорові респонденти
10	-	-
9	-	-
8	-	5
7	-	10
6	-	6
5	-	-
4	8	4
3	10	-
2	7	-
1	-	-

Додаток 3

Результати методики «ТіД»

№ п/п	Алгебраїчна сума коефіцієнтів	
	Хворі респонденти	Здорові респонденти
1	-6,2	3,62
2	-5,81	5,49
3	-3,73	-1,17
4	-4,39	3,85
5	-2,66	2,63
6	-7,46	6,58
7	-1,23	5,74
8	-6,81	4,85
9	-6,37	3,52
10	-3,28	3,77
11	-5,34	6,23
12	-4,76	4,68
13	-6,53	5
14	-6,78	6,12
15	-8,12	4,84
16	-7,85	-3,67
17	-8,3	4,25
18	-5,55	-2,79
19	-6,78	5,44
20	-8,52	3,87
21	-6,85	-4,63
22	-5,57	6,26
23	-8,44	4,95
24	-4,78	2,46

25	-6,83	5.64
----	-------	------