

УДК 159:351.745.5(477)

**Шелег Л. С.** – кандидат політичних наук,  
здобувач кафедри юридичної психології  
Національної академії внутрішніх справ, м. Київ

## **ОСОБИСТІСНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПРАЦІВНИКІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ УКРАЇНИ**

*Наведено узагальнені результати здійсненого емпіричного вивчення особистісних передумов виникнення психосоматичних розладів у працівників Національної поліції України.*

**Ключові слова:** особистісні передумови, психосоматичні розлади, працівники поліції.

Беззаперечним слід уважати твердження, що інстинкт самозбереження є найсильнішим для живих істот (інстинкт продовження роду, на нашу думку, є лише його модифікацією, оскільки він теж спрямований на самозбереження, проте в філогенетичній площині). Інстинкт самозбереження визначає домінування фізіологічних потреб (потреб нужди) в ієрархічній моделі класифікації мотивів за А. Маслоу. Над ними надбудовується потреба в безпеці, а далі в ієрархії мотивів знаходяться власне соціальні потреби в соціальних зв'язках, самоповазі, самоактуалізації. Самоактуалізація може стати мотивом поведінки лише тоді, коли задоволені потреби нижчого рівня. Якщо аналізувати розвиток мотивів в онтогенезі, то можна констатувати, що послідовність їх формування така сама: для немовляти головним є задоволення фізіологічних потреб, для старшої дитини актуальною стає безпека, і лише в підлітковому віці набувають значущості соціальні контакти, самооцінка та самоактуалізація.

Водночас у підлітковому віці відбувається професійна орієнтація, тобто особа здійснює вибір на користь майбутньої професії. Можна припустити, що через гетерохронність розвитку й особливості життєвої ситуації цього етапу розвитку особистості мотиви вищих рівнів набувають важливого значення, навіть стають домінантними й пріоритетними, витісняючи базові. Тобто в осіб, які свідомо обирають професію правоохоронця, інстинкт

самозбереження пригнічений, він компенсується задоволенням потреб у самоповазі та самоактуалізації, у загальнішому вигляді – у самоствердженні.

Вивченню аспектів, а також комплексному дослідженню психології суб'єкта правоохоронної діяльності присвячено роботи Д. О. Александрова, В. Г. Андросюка, В. І. Барка, Л. І. Казміренко, О. І. Кудерміної, М. В. Костицького, В. С. Медведєва, С. А. Тарарухіна, О. П. Хохліної, О. М. Цільмак, С. І. Яковенка та ін. Попри вагомий доробок попередників, у сучасній юридичній психології немає комплексних досліджень, присвячених проблемі психосоматичного статусу суб'єкта правоохоронної діяльності.

Метою статті є висвітлення результатів емпіричного дослідження особистісних передумов виникнення психосоматичних розладів у працівників Національної поліції України.

На нашу думку, проблема психосоматичних розладів у працівників Національної поліції України ускладнена наявністю в цієї категорії осіб певних характерологічних особливостей. Зокрема, за даними наукових досліджень, здійснених на кафедрі юридичної психології Національної академії внутрішніх справ, досить поширеними серед майбутніх працівників рисами характеру є висока схильність до ризику, прагнення до лідерства, упевненість у собі; пріоритетним є орієнтування на справу (мотиви «на себе», «на групу» не такі вагомі) [1; 2]. Це підтверджує вже висловлену думку: мотив самоствердження є актуальною особистісною метою, а самозбереження стає другорядним. Саме тому піклуванню про власне здоров'я увагу не приділяють, що значною мірою зумовлюють його належний вихідний стан й умови праці (ненормований робочий день, неправильне харчування, психологічні перенавантаження тощо).

Психосоматичне неблагополуччя ставить особу у психологічно особливі життєві обставини, тобто створює особливу об'єктивну соціальну ситуацію розвитку психіки. Така ситуація, що є новою та неочікуваною, може змінювати стиль життя загалом: установки, плани на майбутнє, життєву позицію стосовно важливих об'єктивних обставин і власне себе. Усі ці зміни стають предметом психічної активності та відображаються у психосоматичному статусі. Сутність цих змін не тільки зумовлена особливостями особистості й наявною життєвою ситуацією, а й надає можливість прогнозувати вектор динаміки особистості надалі.

Психосоматичні розлади є відображенням негативного впливу змісту й умов професійної діяльності на *locus minoris* («точку найменшого опору») особистості. За цих обставин потреба в самозбереженні, актуалізуючись у певній критичній ситуації, виявляється у психосоматичних симптомах, відображає підсвідоме прагнення до самозбереження, яке перебудовує ієрархію мотивів.

Розглянемо найважливіші результати, одержані внаслідок проведення емпіричного дослідження проблеми психосоматичного статусу працівників Національної поліції України.

Узагальнення результатів за методикою САН засвідчує зниження показників за всіма шкалами, причому наявна суперечливість самооцінок функціонального стану осіб, схильних до психосоматичних розладів: вони характеризують себе як здорових, проте мають незадовільне самопочуття; як уважних – але думати складно; як оптимістичних – однак не вдоволені життям. Таку суперечливість можна пояснити як бажанням оцінювати себе в соціально схвалюваній площині, так і недостатнім усвідомленням власних психосоматичних проблем.

Результати дослідження за методикою Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна свідчать, що респондентам притаманний середній рівень ситуативної та особистісної тривожності, майже не виявлено надто високих чи надто низьких показників, а середні значення за окремими показниками розміщені досить рівномірно. Утім за колірним тестом М. Люшера констатовано високий рівень інтенсивності тривоги, незадоволеність потреби у спокої, стабільності, позитивних контактах, а також потреби в перспективах, надіях на краще, що свідчать про брак задоволення від участі в спільній діяльності й орієнтування на подальшу співпрацю.

Результати за опитувальником емоційного інтелекту (Емін) Д. В. Люсіна засвідчують наявність таких особливостей психосоматичного статусу досліджуваної категорії осіб: низький і дуже низький рівні здатності адекватно сприймати власні емоційні стани та регулювати їх, здатності трактувати на підставі зовнішніх виявів емоції внутрішній стан інших людей; достатній рівень здатності викликати емоції в інших людей, схильність до маніпулювання. Це висвітлює одну зі специфічних особливостей психосоматиків – вони занурені у власні переживання, використовують інших для створення бажаного рівня

психологічного комфорту, а переживання близьких людей є другорядними. Більшість із них може контролювати власний емоційний стан, проте не бажає цього, значною мірою перекладаючи тягар переживань на найближче оточення.

Узагальнені результати за методикою «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-26) засвідчують перебування респондентів у «групі ризику» щодо алекситимії: їм притаманні порівняно недиференційовані емоції, труднощі під час визначення й описування власних переживань; складність у розмежуванні почуттів і тілесних відчуттів; фокусування більшою мірою на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях.

Згідно з результатами за опитувальником Н. Холла, переважна більшість респондентів наділена низьким і середнім рівнями емоційної обізнаності щодо власних емоцій, що зумовлює й відповідний рівень розвиненості управління власною поведінкою. Водночас рівень їх емпатійності – середній, вони досить успішні в управлінні емоціями інших людей.

Узагальнені результати за опитувальником «Оцінка емоційного інтелекту» (EMIQ-2) дають підстави стверджувати, що схильні до психосоматичних розладів особи досить часто припускаються «помилкам», пов'язаних із власними емоціями. Це негативно позначається як на стосунках з іншими людьми, так і на душевному спокої. Утім за шкалою «Соціальна чутливість і проникливість» було отримано дані, згідно з якими більшість опитаних (43,6 %) має середній рівень, а високий і низький рівні соціальної чутливості виявляються майже однаково. Імовірно, на цей показник чинять певний вплив особливості професійної діяльності, що реалізується в системі відносин «людина – людина» та потребує вміння встановлювати й підтримувати контакти з різними категоріями громадян; в інших випадках респонденти відсторонені від професійних цілей і занурені у власні переживання.

Загальна оцінка та оцінки за окремими шкалами методики Дж. Мейєра – П. Селовея – Д. Карузо (MSCEIT v 2.0) принципово не різняться з наведеними вище, проте вони загалом нижчі, ніж за умови самооцінювання власних здібностей. Це свідчить про недостатній рівень розвиненості соціальної перцепції у працівників Національної поліції України, схильних до психосоматичних розладів, що негативно позначається на ефективності реалізування ними професійних функцій і

призводить до подальших трансформацій в оцінюванні власного психосоматичного статусу у зв'язку з розвитком станів фрустрації та внутрішньоособистісного конфлікту. Ситуація ускладнюється через недостатню адекватність самооцінки власного соціально-перцептивного потенціалу.

За основними шкалами ММРІ понаднормативні результати мають місце за шкалами: імпульсивності ( $x_{\text{сеп.}} = 76,3$  Т-бали), що свідчить про дисгармонійність емоційно-вольової сфери за відносного збереження інтелекту, ускладнення соціальної адаптації, вразливість, збудливість і чутливість до змін у значущих сферах життєдіяльності; емоційної лабільності ( $x_{\text{сеп.}} = 75,7$  Т-балів) – висока чутливість до середовища, нестабільність емоційного стану, демонстративність, бажання бути предметом уваги інших, використання симптомів фізичного захворювання для вирішення складних життєвих ситуацій, неусвідомлене прагнення до статусу хворого як спроба підсилення соціального захисту й одержання гарантій уваги; соматизації тривожності ( $x_{\text{сеп.}} = 73,8$  Т-балів), що свідчить про надлишкову увагу до функціонування власного організму, хвилювання за стан свого здоров'я, наближення до астено-невротичного типу особистості; механізм захисту виявляється тут як «втеча у хворобу», а хвороба (наявна чи надумана) маскує прагнення перекласти відповідальність за проблеми на інших і є єдиним соціально прийнятним для особи способом виправдання своєї пасивності; песимістичності ( $x_{\text{сеп.}} = 68,2$  Т-бали), що відображає підвищену особистісну тривожність, відчуття морального дискомфорту, чутливість, сенситивність, брак упевненості в собі.

Специфічність психосоматичного статусу респондентів яскраво виявляється в наявності кореляційних зв'язків між меланхолійно-холеричним типом темпераменту та шкалою імпульсивності за опитувальником ММРІ, значення Т-балів за якою стало найвищим. На підставі цього можна стверджувати, що саме імпульсивність є системотворчим чинником формування особистості респондентів. Суперечливість полягає в тому, що базовими темпераментними властивостями для імпульсивності є сила та нерівноваженість нервової системи. Однак схильні до психосоматичних розладів особи належать до меланхолійно-холеричного типу темпераменту, який зумовлений саме слабкістю нервової системи. Безумовно, це призводить до

виникнення стану психофізіологічного дискомфорту та поглиблення психосоматичної симптоматики.

Для встановлення особливостей «Я-образу» як детермінанти виникнення психосоматичних розладів у працівників Національної поліції України ми ґрунтувалися на понятті «Я-концепція», що відображає єдність і цілісність особистості з її суб'єктивного, внутрішнього боку: що людина знає про себе, як вона себе уявляє та оцінює, на які дії (вчинки) вона здатна чи не здатна.

Узагальнення одержаних за методикою ДМВ результатів засвідчує, що в «Реальному Я-образі» працівників, схильних до психосоматичних розладів, показники V–VIII октантів превалюють над показниками I–IV октантів; в «Ідеальному Я-образі» показники I–IV октантів домінують над показниками V–VIII октантів. Отже, актуальний стан «Я-образу» не задовольняє респондентів. Загалом вони характеризують себе як носіїв конформних установок, конгруентних у контактах з іншими людьми (VII–VIII октанти), невпевнених у собі, залежних від думки оточення, схильних до компромісів (V–VI октанти). Натомість їм хотілося б знизити рівень конформності та заповзятише відстоювати власну позицію (III–IV октанти), бути незалежнішими, наполегливішими та домінантнішими, готовими відстоювати свою думку в конфлікті (I–II октанти).

Найбільшою вадою «Я-образу» респонденти вважають надмірну залежність від оточення; їм бракує також конвенціональності, пряmolінійності та владності. Такі результати містять певну суперечливість: якщо послаблення залежності здатне позитивно впливати на якість співробітництва, то зростання рівня пряmolінійності та владності цьому не сприяє. Напевне, зазначене зумовлено загальною дисгармонійністю самооцінки, невдоволеністю собою загалом, що схиляє до пошуку простих рецептів особистісного комфорту.

Узагальнення одержаних за методикою «Тип ставлення до хвороби» (ООБІ) результатів засвідчує наявність усіх передбачених методикою типів особистісного сприйняття свого психофізіологічного стану з переважанням: 1) неврастенічного й іпохондричного типів; 2) ергопатичного та гармонійного типів. Представникам неврастенічного типу особистісного сприйняття власного психофізіологічного стану притаманні демонстративна непереносність больових відчуттів і звинувачення в них

сторонніх осіб, хвороблива нетерплячість нездатність очікувати полегшення. Це спричиняє спалахи роздратування, передусім, від болю, неприємних відчуттів і невдач лікування. Завищена негативна суб'єктивізація взаємин з оточенням здатна знижувати ефективність виконання професійних завдань. Особливості іпохондричного типу полягають у зосередженнях на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях, перебільшенні реальних і виявленні надуманих хвороб і страждань, а наявне бажання лікуватися в таких осіб цілком узгоджується зі зневірою. Представникам ергопатичного типу притаманне прагнення продовжувати працювати з максимальною продуктивністю, вони «не дозволяють» собі хворіти, надмірно відповідально ставляться до роботи. Для гармонійного типу характерне тверезе оцінювання власного стану без схильності перебільшувати чи применшувати його тяжкість.

Більшість осіб (50,4 %), схильних до психосоматичних розладів, мають інтрапсихічну спрямованість особистісного реагування, що спричиняє порушення їх соціальної та професійної адаптації. З огляду на високий середній бал вияву такої спрямованості, дезадаптивна поведінка виявляється в емоційно-вольових розладах, зокрема, у реакціях подразливої слабкості, тривожному та пригніченому стані, «втечі» у хворобу, відмові від боротьби, фактично – у «капітуляції» перед психосоматичними негараздами та негативній трансформації психосоматичного статусу. Інтерпсихічна спрямованість особистісного реагування притаманна п'ятій частині опитаних, причому соціальна та професійна дезадаптація в таких випадках найбільшою мірою залежить від преморбідних особливостей особистості, а сенсibiliзоване ставлення до психосоматичного статусу призводить до спекулювання своїми психофізіологічними негараздами та виявів агресивних тенденцій щодо оточення.

Таким чином, можна стверджувати, що психосоматичні стани особистості є цілісними системними реакціями (фізичного організму й індивідуальності) на зовнішні та внутрішні впливи, спрямовані на збереження цілісності організму й забезпечення його життєдіяльності в конкретних умовах існування. Такі реакції значною мірою зумовлені спонукальною силою властивостей характеру, що задає достатньо чітку «програму дій» щодо використання певних методів і засобів для досягнення цілей, а також особливостями «Я-образу» та ставленням до динамічних процесів онтогенезу та професіогенезу.

### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Кудерміна О. І. Психологія суб'єкта правоохоронної діяльності: акмеологічний вимір : дис. ... доктора психол. наук : 19.00.06 / Кудерміна Олена Іванівна. – Київ, 2014. – 515 с.
2. Полудьонна Н. С. Психодіагностика індивідуально-типологічних властивостей майбутніх працівників оперативних підрозділів міліції : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.06 / Полудьонна Наталія Станіславівна. – Київ, 2009. – 21 с.

*Стаття надійшла до редколегії 06.10.2016*

---