

УДК 159:351.745.5

Шелег Л. С., здобувач кафедри
юридичної психології Національної
академії внутрішніх справ

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ ПРАЦІВНИКІВ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ, СХИЛЬНИХ ДО ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

Розглянуто результати емпіричного дослідження, присвяченого вивченню особливостей емоційно-вольової сфери працівників органів внутрішніх справ, схильних до психосоматичних розладів. Обґрунтовано необхідність цільового корекційного впливу на таких осіб, оскільки низький рівень позитивної налаштованості, активності та самопочуття спричиняє зниження енергетичного потенціалу особистості, створюючи своєрідне «замкнуте коло», у якому мотивація до професійної діяльності не набуває необхідного підкріплення, що сприяє збільшенню ситуативної та особистісної тривожності, подальшому формуванню психосоматичного профілю особистості.

Ключові слова: психосоматичні розлади; емоційно-вольова сфера; корекційний вплив; мотивація професійної діяльності.

Для визначення особистісного підґрунтя виникнення психосоматичних розладів у працівників органів внутрішніх справ (ОВС) у 2013–2014 рр. ми провели опитування 275 слухачів навчально-наукового інституту заочного навчання та слухачів магістратури стаціонарної й заочної форм навчання Інституту управління Національної академії внутрішніх справ. Усі опитувані мали стаж служби в ОВС понад п'ять років; вік опитаних 25–35 років, статевий розподіл – 220 чоловіків та 55 жінок, що приблизно відповідає наявному гендерному співвідношенню.

Респонденти анонімно відповідали на запитання щодо:

1) характеристики самопочуття на поточний момент;

- 2) відчуття стабільності чи нестабільності (позитивної чи негативної динаміки) фізичного статусу (стану здоров'я);
- 3) наявності симптомів погіршення стану здоров'я;
- 4) періодичності й тривалості больових чи інших симптомів, що свідчать про погіршення стану здоров'я;
- 5) домінуючих емоційних станів і причин, що такі стани викликають;
- 6) перспектив динаміки стану власного здоров'я.

Узагальнюючи одержані результати, ми ґрунтувалися на припущенні, що переважання позитивних відповідей та наявність відповідної симптоматики свідчить про схильність до психосоматичних розладів (перша група); переважання негативних – про несхильність (друга група).

Згідно з результатами опитування:

62,9 % (173 особи, з них 138 чоловіків та 35 жінок) респондентів надали відповіді, що свідчать про стабільно задовільне самопочуття, відсутність хронічних психофізичних проблем і небажаних емоційних станів. Ці особи не вбачають негативного впливу професійної діяльності на стан здоров'я;

37,1 % (102 особи, з них 80 чоловіків та 22 жінки) опитаних вказали на наявність у них самопочуття та різноманітних психофізичних станів, що описані у відповідних джерелах як такі, що мають психосоматичне підґрунтя.

Схильні до психосоматичних розладів особи констатували наявність у себе таких проблем зі здоров'ям. *Шлунково-кишкові* захворювання турбують 27,4 % опитаних. Негативні психофізичні стани найчастіше актуалізуються під впливом конфліктних ситуацій на службі чи сварок і суперечок у побуті. З позицій теорії «специфічного емоційного конфлікту» Ф. Александера [1], вирішального значення набуває взаємозв'язок між емоційними станами напруженості (конфліктні ситуації, їх фізіологічні кореляти) та функціонуванням органів. Психологічним підґрунтям є схильність до фіксування на переживаннях травматичних думок, спогадів, образів тощо. Згідно з концепцією особистісних профілів Ф. Данбар [2], яка встановлює кореляцію між соматичними типами реакцій і постійними особистісними параметрами у вигляді певних особистісних радикалів, паттернів і стереотипів поведінки, психогенними чинниками

виникнення таких розладів є відчуття небажаності того, що людині доводиться сприймати ззовні.

Головний біль турбує 20,6 % опитаних. З позицій класичного психоаналізу [3], який наголошує на тому, що методичний доступ до несвідомого лежить через сновидіння, вільні асоціації, описки та застереження, причинами слід уважати є високий рівень самокритичності, переконаність у власній недосконалості. Це виявляється через напруженість, скутість, емоційне стримування, страх щодо недоведення своєї правоти тощо. Водночас особа прагне «пробитися нагору завдяки власній голові (розуму)», що й створює патогенний образ травмованої голови.

Значна кількість респондентів, схильних до психосоматичних ускладнень (24,1 %), часто відчувають *болі в серці та різкі коливання артеріального тиску*. Вони пояснюють це надмірним робочим навантаженням, відсутністю умов для повноцінного відпочинку, через що виникає відчуття постійної стомленості. З позицій клініко-емпіричного підходу [4], що розглядає психосоматичні взаємозв'язки як із боку процесу певного психічного стану або змінення станів, що викликають реєстровану фізіологічну реакцію організму, так і з боку соматопсихічного процесу (певного стану організму, що викликає психічну реакцію), такі переживання свідчать про неадекватні для конкретної особи інтенсивність і темп роботи. Психосоматичними чинниками тут, на нашу думку, можуть бути: почуття залежності від життєвих обставин (статусно-професійних, матеріальних тощо); набута внаслідок специфічних вимог професійної діяльності замкненість характеру, розчарування в житті («я нікому не потрібен», «мої переживання нікому не цікаві»).

З-поміж опитаних 15,4 % констатували наявність у себе негараздів *статевого життя*. Психосоматичним підґрунтям тут, імовірно, є: сексуальна нереалізованість, причинами якої є виснажливий робочий графік, фізична стомленість; заперечення насолоди, задоволення, віра в те, що партнери бездушно ставляться один до одного (З. Фрейд у такому разі говорив про страх перед батьком [3], який у нашому випадку уособлюється в страху перед державно-правовими та статусно-нормативними вимогами); намагання контролювати все навколо себе, недовіра до процесу

життя як такого; вторинність статевої ролі та загальна зорієнтованість на вияви маскулітності професії правоохоронця; відчуття безнадії та втрати життєвих перспектив.

Водночас 12,5 % респондентів послалися на певні ускладнення в органах дихання. З позицій когнітивної психології [5], яка ґрунтується на уявленні, що причиною психогенії (фобій, депресії та ін.) є дисфункційні переконання й установки. Психогенними чинниками виникнення таких проблем можуть стати: повторювана емоція гніву, спроби її «придушення», небажання та страх щодо «випущення» певних емоційних спогадів, ображеність.

Відносно відчуття стабільності чи нестабільності (негативної динаміки) фізичного статусу (стану здоров'я), опитані першої групи зазначили, що нині їх самопочуття:

погіршується (58,1 %), тобто наявна негативна динаміка стану здоров'я;

не змінюється (23,5 %);

складно визначити (15,3 %);

стало навіть кращим (3,1 %).

Привертає увагу також суттєва різниця за всіма запропонованими параметрами, причому тих, хто вагається в оцінці свого фізичного статусу – більше, ніж удвічі. Імовірно, різняться й підходи до такого оцінювання: певний нігілізм, ставлення до власного здоров'я як такого, що не є нагальною проблемою – у першому випадку; неостаточна визначеність, сумніви та страх («ефект уникнення травмиального об'єкта») – в другому.

Такий висновок підтверджують і надані коментарі:

друга група – «інколи заболить...», «буває, що прихопить...», «можливо, через погоду...», «якщо перенервую...», «під час чергувань...», «не пощастило з керівником...» тощо, тобто йдеться про нетривалі та неінтенсивні больові симптоми;

перша група – «як харчуюся, так і почувуюся...», «з таким режимом роботи – нічого дивного», «сухом'ятка – не найкраща їжа...», «голова не витримує...», «незавершені справи не дають спокою...», «кидає в жар...», «тисне серце...», «не вистачає повітря...», «не терплю спеки...» тощо, тобто спостерігається суттєвий вплив психосоматичного статусу особистості на самопочуття й загальну оцінку якості життя.

Періодичність і тривалість зазначених вище больових та інших симптомів, що свідчать про динаміку стану здоров'я, на думку опитаних, значною мірою залежать від службової завантаженості, наявності чи відсутності конфліктних ситуацій у колективі, а також настрою, погоди й інших чинників:

респонденти першої групи відчують певну симптоматику не довше декількох днів, один раз – двічі щопівроку;

респонденти другої групи мають проблеми з самопочуттям від декількох днів до декількох тижнів, місяців, інколи переживають регулярні чи хронічні погіршення стану здоров'я.

Зважаючи на пояснення, уважаємо, що підґрунтя виникнення психосоматичних розладів полягає у:

відчуванні браку підтримки в житті – недостатнього взаєморозуміння в родині та з оточенням, відсутності життестійкості, втрата віри в здатність реалізувати свій потенціал;

схильності до звинувачення себе в різних негараздах у службовій діяльності та референтному оточенні;

відчутті безпорадності та беззахисності, нездатності протистояти професійним і життєвим труднощам.

Суттєвими є відмінності в *домінуючих емоційних станах* представників різних груп. Так, не схильні до психосоматичних розладів особи характеризують себе як енергійних (89,6 %), упевнених у собі (81,5 %), рішучих (78 %); переважно вони спокійні (42,4 %) та вдоволені собою (15,3 %); водночас не виключені стани стресу (5,9 %), фрустрації (7,8 %) та внутрішньоособистісного конфлікту (28,6 %). Схильні до психосоматичних розладів особи також констатують наявність енергійності (76,5 %), упевненості в собі (54,9 %) та рішучості (52,9 %), хоча відсоток респондентів у цій вибірці значно нижчий. Суттєво різниться кількість тих, які характеризують себе як спокійних (5,7 %) та вдоволених собою (4,3 %). Але найбільш виразними є відмінності стосовно переживань психологічно напружених негативних станів: стресу (47,1 %), фрустрації (29,7 %) та особистісного конфлікту (13,2 %).

Таким чином, можна виокремити суттєво відмінні «профілі» домінуючих емоційних переживань у представників двох зазначених груп. У першому випадку респонденти констатують стеничні емоційні стани як уявлення про певну професійну норму («працівник міліції повинен бути...»), оскільки

вони мало ймовірні за такого рівня схильності до негативних емоційних станів. Більше того, прагнення бути (чи здаватися) енергійним, рішучим і впевненим у собі за відсутності належних особистісних передумов уже як таке здатне спричинити особистісний конфлікт, тобто стати самостійним чинником негативної динаміки психосоматичного статусу особистості. У другому випадку наявне домінування стеничних емоцій, відповідно – загальна гармонійність емоційного статусу особи, незважаючи на наявність негативних впливів.

Такий дисбаланс емоційної сфери осіб, схильних до психосоматичних розладів, може бути наслідком пересторог щодо впровадження в правоохоронну діяльність різноманітних новацій, нав'язливих декларацій щодо необхідності реформування ОВС, належним чином не підкріплених ні в організаційно-правовому, ні в матеріально-технічному сенсі; браком відвертих стосунків, коли люди широко обмінюються емоційними переживаннями, живуть «від усього серця»; недовірою до надійності свого соціального становища, почуттям небезпеки та іншими емоціями, що тримають організм у стані постійного мобілізаційного напруження; наявністю «безвихідних» ситуацій, що виникають через колізії між нормами права та спробами третіх осіб розв'язати певні проблеми застосуванням методів і засобів, які перебувають поза межами правового поля.

Причинами, що викликають зазначені стани, опитані визначили:

накопичення різних негативних переживань (3,4 % – у другій групі та 22,8 % – у першій), з огляду на що життя втрачає свою приналежність;

жорсткі установки щодо правильної (нормативної) та неправильної (ненормативної) поведінки (відповідно 4,7 та 20,7 %);

страх осуду та втрати близьких стосунків у колі колишніх друзів, професійна діяльність яких не пов'язана із системою МВС України (відповідно 2,6 та 19,1 %). Такі працівники екстраполюють негативний імідж ОВС на ставлення оточуючих до себе й це стає елементом їх травматичного досвіду;

несхвалення певних аспектів державної та відомчої політики стосовно змісту та умов праці в ОВС (відповідно 15,8 та 17,4 %);

докори сумління (відповідно 8,2 та 5,4 %), пов'язані з недостатньо якісним виконанням професійних обов'язків, неможливістю приділяти більше уваги сім'ї, нездатністю забезпечити її матеріально тощо (особа почуває себе винною, це її бентежить і призводить до фіксування негативних емоцій);

злоба, злість, гнів як звичні способи «висловлювати» свої переживання (відповідно 4,1 та 9,6 %).

Причинами позитивних переживань, які не мають психогенного потенціалу, а навпаки, впливають на рівень показників психосоматичної рівноваги, визначено:

вдоволення власними професійними досягненнями (відповідно 40,3 та 1,2 %);

задоволення від свого сімейного життя (відповідно 21,2 та 3,8 %).

Оцінюючи перспективи динаміки стану власного здоров'я, визначили їх як несприятливі 37,8 % осіб, схильних до психосоматичних розладів, та 8,1 % – не схильних. Очікується наростання інтенсивності хворобливих проявів, утрата привабливості, можливості відчувати позитивні емоції та ділитися ними тощо. Це було аргументовано неналежним станом правового та соціального захисту працівників ОВС, що має наслідком надмірне фізичне й психологічне навантаження, накопичення втоми та зниження життєвого потенціалу людини – з одного боку, та високий рівень психоемоційного напруження – з іншого.

Така ситуація спричиняє виникнення пригніченості почуттів (відповідно 16,4 та 7,5 %), неможливості відволіктися від думок про власне здоров'я, зрештою – до появи акцентуацій особистості за дистимічним чи циклотимічним типом, замкнутості в особистісних контактах. Відбувається втрата здатності радіти життю як самоцінності, страх перед ним (відповідно 38,9 та 2,4 %).

Поліпшення стану власного здоров'я прогнозують 37,2 % респондентів другої групи та 2,8 % – першої; інші – не замислюються або не мають чітких уявлень щодо цієї проблеми.

Узагальнення одержаних результатів дає змогу стверджувати, що за всіма позиціями опитувальника прослідковується суттєва диференціація між представниками двох вищезазначених груп.

Загальний аналіз результатів, наведених вище, свідчить, що підґрунтям виникнення психосоматичних розладів у працівників ОВС є особливості їх емоційно-вольового реагування на об'єктивні ситуації в професійній та позапрофесійній сферах життєдіяльності. Вплив стресогенних чинників спричиняє, насамперед, зміни в емоційній сфері людини, причому тривалість реагування на подію зумовлена її значущістю для особистості. За сприятливих умов психоемоційна напруженість трансформується в оптимальний функціональний стан; за несприятливих – накопичується та переростає в хронічний стрес.

Одержані результати узгоджуються з результатами, одержаними за методикою САН, у яких зафіксовано зниження показників за всіма діагностованими шкалами. Згідно з алгоритмом цього психодіагностичного інструментарію, нормальні оцінки психофізичного стану розташовані в діапазоні 5–5,5 бала. Ми отримали такі дані:

- 1) Хсер. за шкалою «*Самопочуття*» (оцінка стану здоров'я, утомлюваність) становить 4,2 бала;
- 2) Хсер. за шкалою «*Активність*» (рухливість, швидкість і темп динаміки психічних функцій) становить 4,6 бала;
- 3) Хсер. за шкалою «*Настрій*» (емоційний стан) становить 4 бали.

Зазначимо, що згідно з теоретичним обґрунтуванням методики, вона визначає готовність особистості до вирішення життєвих завдань. До того ж, у осіб, які не відчують у певний момент фізичної втоми, показники за трьома шкалами є приблизно однаковими; збільшенням втоми знижуються показники самопочуття й активності за відносною стабільності настрою. У нашому випадку констатуємо іншу закономірність: найнижчими є саме настрої і самопочуття, активність же наближається до норми. Іншими словами, людина готова діяти, але її настрої та самопочуття дещо знижені.

Найвищі ж результати за шкалою «*Самопочуття*» одержані за позиціями «повний сил» (5,8 бала), «здоровий» (6 балів), «свіжий» (7,2 бала), найнижчі – «відчуваю себе сильним» (1,6 бала), «такий, що відпочив» (2,3 бала), «самопочуття добре» (2,5 бала), найвищі результати за шкалою «*Активність*» – за позиціями «уважний» (6,4 бала), «захоплений» (6,6 бала),

найнижчі – за позиціями «міркувати легко» (2,3 бала), «рухливий» (2,4 бала), найвищі результати за шкалою «Настрій» – за позиціями «оптимістичний» (6,3 бала), «гарний настрій» (6,4 бала), найнижчі – за позиціями «задоволений» (1,6 бала), «щасливий» (2,6 балів), «радісний» (2,6 бала).

Деталізуємо опис результатів за методикою САН, щоб підкреслити суперечливість самооцінок функціонального стану осіб, яких ми визначили схильними до психосоматичних розладів: вони характеризують себе як здорових, але мають незадовільне самопочуття; як уважних – але мислити складно; як оптимістичних – але невдоволених життям. Таку суперечливість можна пояснити як бажанням оцінювати себе в соціально схвальній площині, так і недостатнім розумінням власних психосоматичних проблем.

Таким чином, можемо відзначити систему взаємозв'язків у структурі психосоматичного статусу особистості, представлену особливостями психоемоційних функціональних станів, що детермінують формування особистісної тривожності. Вона виявляється як схильність до дискомфортного самопочуття через знижений настрій, активність, енергійність і піддатність ситуативній тривожності.

Зазначене свідчить про необхідність не лише діагностування, а й цільового корекційного впливу на осіб, схильних до психосоматичних розладів: низький рівень позитивного настрою, активності та самопочуття спричиняє зниження енергетичного потенціалу особистості, створюючи своєрідне «замкнене коло», коли мотивація до професійної діяльності не набуває необхідного підкріплення, що сприяє збільшенню ситуативної та особистісної тривожності й подальшому формуванню психосоматичного профілю особистості.

Список використаних джерел

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение [Электронный ресурс] / Ф. Александер ; пер. с англ. С. Могилевского. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с. – Режим доступа :

<http://www.psychol-ok.ru/lib/intpsy/intpsy2007/intpsy290607.html>.

2. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство / В. Д. Менделевич. – [4-е изд.] – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – 592 с.

3. Фрейд З. Введение в психоанализ / З. Фрейд ; [пер. с нем. Г. В. Барышниковой]. – Харьков ; Белгород : Клуб Семейного Досуга, 2012. – 478 с.

4. Сидоров П. И. Психосоматическая медицина: руководство для врачей / П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, И. А. Новикова ; под ред. П. И. Сидорова. – М. : МЕДпрессинформ, 2006. – 568 с.

5. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса / Леон Фестингер ; [пер. с англ. А. Анистратенко, И. Знаешева]. – СПб. : Ювента, 1999. – 317 с.