

4. Выготский Л.С. Собрание сочинений : в 6 т. / Л.С. Выготский. – М. : Знание, 1984. – Т. 4. – 356 с.
5. Гамезо М.В. Возрастная и педагогическая психология : учебное пособие / М.В. Гамезо, Е.А. Петрова, Л.М. Орлова. – М. : Перспектива, 2003. – 512 с.
6. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг, Д. Бокум. – СПб. : Питер, 2005. – 940 с.
7. Малкина-Пых И.Г. Психология возрастных кризисов / И.Г. Малкина-Пых. – М. : Пресса, 2005. – 416 с.
8. Овчинникова Ю.Г. О конструктивной роли кризиса личностной идентичности в развитии личности / Ю.Г. Овчинникова // Мир психологии. – 2004. – № 2. – С. 124-132.
9. Петровская Л.А. К вопросу о своеобразии социализации взрослого / Л.А. Петровская // Мир психологии. – 1999. – № 2. – С. 29-32.
10. Поливанова К.Н. Психология возрастных кризисов / К.Н. Поливанова. – К. : Основа, 2000. – 180 с.
11. Шихи Г. Возрастные кризисы. Ступени личностного роста / Г. Шихи. – СПб., 1999. – 436 с.

УДК 159.93:616.03:314.6

## ТИПИ СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ У ЧЛЕНІВ ОДНІЄЇ СІМЕЙНОЇ СИСТЕМИ

*Смайлова С.О., Єпішкіна І.В.*

*У статті представлено результати дослідження типів ставлення до хвороби у членів однієї родини. Авторами виявлено низку феноменів, а саме: стереотипність і диференційованість ставлення до хвороби дитини в батьків, спрощення образу здоров'я при анозогнозичному типові ставлення до хвороби. Уточнено положення про формування типів ставлення до хвороби. Уточнено патерну поведінки, а саме: чинниками, пов'язаними з анозогнозією у дитини в рамках сімейної системи, виступають тип ставлення до хвороби анозогнозичного блоку, що виявляється в батьків; високий показник екстернальності у сфері ставлення матерів до хвороби дитини; зменшення важкості хвороби дитини в обох батьків тощо.*

**Ключові слова:** *тип ставлення до хвороби, сім'я, суб'єктивна семантика, анозогнозія, структура образів свідомості.*

*В статті представлені результати дослідження типів отношения к болезни у членов одной семьи. Авторами выявлен ряд феноменов, а именно: стереотипность и дифференцированность отношения к бо-*

лезни ребенка у родителей, уплощение образа здоровья при анозогнозическом типе отношения к болезни. Уточнено положение о формировании семей у своих членов анозогнозического паттерна поведения, а именно: факторами, связанными с анозогнозией у ребенка в рамках семейной системы, выступают тип отношения к болезни анозогнозического блока, выявляемый у отцов; высокий показатель экстернальности в сфере отношения матерей к болезни ребенка; приуменьшение тяжести болезни ребенка у обоих родителей и др.

**Ключевые слова:** тип отношения к болезни, семья, субъективная семантика, анозогнозия, структура образов сознания.

*The article presents the results of studies of the type of the relationship to the disease in families. The specific phenomena are identified: stereotype and differentiation related to a child's illness by fathers, flattening the image of health in relation to the type of anosognosia disease etc.*

**Keywords:** type of attitude to the disease, the family, the subjective semantics, anosognosia, structure of images of consciousness.

Постановка проблеми. Проблема дослідження сімейної системи з погляду її ролі в збереженні здоров'я й формування патернів поведінки в ситуації хвороби нині стає все більш актуальною не тільки в галузі психології, але й у сфері медичних і валеологічних досліджень [4]. З одного боку, це обумовлено тривогою вчених, викликаною зменшенням тривалості життя на території України і, зокрема, феноменом зростання смертності чоловіків пострадянських і колишніх соціалістичних країн, а також збільшенням серцево-судинних захворювань, важлива роль у виникненні яких належить психосоматичному чиннику [4, 5, 7]. З іншого боку, головним інститутом, під впливом якого формуються основні життєві відносини людини, у тому числі ставлення до своєї хвороби і здоров'я, є сім'я, і цей інститут сьогодні переживає кризовий період [2].

На розвиток і результат захворювання істотний вплив робить суб'єктивне ставлення до хвороби, і, зокрема, тип ставлення до хвороби [5, 7]. Суб'єктивне ставлення до хвороби складається під впливом сімейного виховання, у тому числі, виховання патернів поведінки в ситуації хвороби і визначення місця параметра "здоров'я – хвороба" в ієрархії цінностей дитини. Однак сім'я може формувати й дезадаптивні патерни, які сприяють розвитку захворювань і виникненню ускладнень у їх перебігу [7, 10]. Разом із тим, поза увагою дослідників залишається питання, як формуються ці патерни та з чим вони пов'язані.

Отже, дослідження типів ставлення до хвороби в рамках сімейної системи і виявлення параметрів, пов'язаних з виникненням неадаптивних патернів поведінки в ситуації захворювання у молодих членів сім'ї, може зробити істотний внесок у розв'язання проблеми збере-

ження та зміцнення здоров'я і підвищення якості життя, що стала зараз міждисциплінарною.

Мета дослідження – виявити типи ставлення до хвороби у членів однієї сім'ї.

При плануванні дослідження ми припустили, що в рамках сімейної системи спостерігається кореляція типу ставлення до хвороби у старших і молодших членів сім'ї, при цьому більш значущим для формування ставлення до хвороби у дітей виявляється ставлення батьків до їх власної хвороби, ніж батьківське ставлення до хвороби дитини.

Методика та організація дослідження. В емпіричному дослідженні взяли участь 15 сімей. Загальна кількість досліджуваних – 45 осіб. Кожна з 15 сімей складалася з 3 членів (батьки та дитина). Батьків – 15 осіб у віці від 37 до 57 років, матерів – 15 осіб у віці від 37 до 51 року. А також 15 дітей у віці від 17 до 22 років. Всі діти є студентами вузів. Усі досліджувані слов'яни.

У процесі бесіди з досліджуваними було зібрано інформацію про наявність або відсутність хронічних захворювань у сім'ї. У вибірці представлено 13 випадків хронічних захворювань (гіпертонія, пієлонефрит, гастрит, виразкова хвороба, виразка, гайморит, остеохондроз), що складає 29 % (матері – 15%, батьки – 54%, діти – 31%) від загального числа досліджуваних, а інші відзначають наявність легких нездужань або вже вилікуваних захворювань (застудні захворювання та вірусні інфекції).

Методи дослідження: бесіда, психосемантичні методики (семантичний диференціал Ч. Осгуда), проєктивні методики (модифікація рисункової методики "Моя хвороба і моє здоров'я") і опитувальники ("Методика діагностики ставлення до хвороби дитини" В.Є. Кагана, І.П. Журавльової; "Діагностика типів ставлення до хвороби" Л.Й. Васермана і співавторів).

Отримані результати були оброблені за допомогою методів математичної статистики: критерію  $\chi^2$  Пірсона, коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона, біноміального критерію  $m$  [8]

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідження передбачало виявлення загальних закономірностей вибору того чи іншого типу ставлення до хвороби в сімейній системі, спостереження зв'язку ставлення батьків до своєї хвороби і хвороби дитини та формування відповідного типу ставлення до хвороби у дитини.

Для дослідження типів ставлення до хвороби у членів однієї сім'ї ми застосували опитувальник діагностики типів ставлення до хвороби ("ТОБОЛ"). Результати представлені в табл. 1, на рис. 1.

Таблиця 1

## Результати за методикою "Типи ставлення до хвороби" (у %)

	гармонійний	ергопатичний	анозогнозичний	тривожний	іпохондричний	неврастенічний	меланхолійний	апатичний	сенситивний	егоцентричний	параноїяльний	дисфоричний
Матері	4	12*	26*	8	15	15	0	0	8	4	8	0
Батьки	13	22*	40*	0	0	5	5	5	0	0	5	5
Діти	4	40*	40*	4	4	0	4	4	0	0	0	0

Примітка. \* $p=0,05$

Типи ставлення до хвороби об'єднуються в три блоки. Перший блок містить ергопатичний і анозогнозичний типи; другий блок – гіпернозогнозія з інтрапсихічною спрямованістю особистісного реагування на хворобу. Третій блок – гіпернозогнозія з інтерпсихічною спрямованістю особистісного реагування на хворобу.

Отже, переважним типом ставлення до хвороби виявився тип анозогнозичного блоку ( $m_{\text{емп}} = 12$ , при  $p < 0,05$ ). Отримані дані підтверджують думку В.Д. Менделевича про те, що анозогнозичний тип є найбільш розповсюдженим [7]. Хоча автори методики "ТОБОЛ" відзначають, що анозогнозичний і ергопатичний типи ставлення до хвороби не заважають соціальній адаптації, однак такі стилі поведінки негативно впливають на перебіг хвороби і призводять до хроніфікації, тому Н.Д. Лакосіна, І.І. Сергєєв і О.Ф. Панкова пропонують розрізняти адекватний тип реагування на хворобу та анозогнозичний і ергопатичний, як неадекватні [5]. Ми в цьому дослідженні розглядаємо ергопатичний тип (реакція на виникнення захворювання в формі ігнорування симптомів та "втечі в роботу") як окремий випадок прояву анозогнозії. Тобто більшість досліджуваних у ситуації хвороби ігнорують думки про неї і про можливі її наслідки, не визнають себе хворими, не вживають необхідних заходів для обстеження й лікування, продовжують вести колишній спосіб життя. Ця особливість рівною мірою характерна й для тих досліджуваних, які переносять застудні захворювання та вірусні інфекції, і для тих, хто страждає більш важкими хронічними соматичними захворюваннями.

У більшості сімей відзначається статистично достовірний збіг вибору анозогнозичного типу ставлення до хвороби в батьків та їхніх дітей (в 80 % випадків).

У сім'ях, де виявляються хронічні захворювання (29 % всіх досліджуваних: матері – 15 %, батьки – 54 %, діти – 31 %), анозогнозичний і ергопатичний тип ставлення до хвороби є переважаючим – 85 %. Необхідно зазначити, що частота зустрічаємості анозогнозії і хронічних захворювань вище у батьків, ніж у матерів і дітей, можливо, це пов'язано зі стереотипом "сильної статі", до якого характерні "залізне здоров'я", тенденція приховувати свої слабкості, заборона на вираження скарг і неухвага до хворобливих симптомів [3, с. 86].

Вивчення суб'єктивної семантики поняття "Хвороба" у досліджуваних дозволило визначити ставлення до образів своєї хвороби, хвороби дитини для батьків, хвороби батьків для дитини на рівні суб'єктивного досвіду. Нами була використана модель модифікованого психосемантичного експерименту, запропонована О.Ю. Артем'євою 1. Досліджуваним пропонувалося оцінити поняття "Моя хвороба", "Хвороба дитини" (для батьків), "Хвороба батька" (для дитини), "Страх", "Радість", "Сум", "Образ", "Здивування" за шкалами універсального семантичного диференціала Ч. Осгуда. Перший етап обробки отриманих даних складався в побудові індивідуального семантичного коду – вектору, отриманого для кожного досліджуваного (згідно з Е. Ю. Артем'євою, код оцінки об'єкта це набір оцінок за реально використаними параметрами (шкалами) [1]. Індивідуальний семантичний код утворювався так: оцінка умовно передбачалася двобальною: вибір лівого краю шкали (від 3 до нуля) позначався числом 1, вибір правого (від нуля включно до 3) 0. Другим етапом виступало одержання групових семантичних кодів усереднення векторів індивідуальних кодів окремо по групах "матері", "батьки" і "діти". Груповий семантичний код для кожної з 3 груп утворювався так: якщо більше 75 % досліджуваних вибирали лівий край шкали, координата позначалася числом 2, у разі коли такий вибір робили менше 25 % досліджуваних числом 0; при виборах в інтервалі 25 – 75 % число 1. Для виявлення статистичної вірогідності розходжень групових кодів оцінки понять використовувалася непараметричний критерій  $\chi^2$  Пірсона з виправленням на безперервність. Групові семантичні коди зазначених понять представлені в табл. 2.

Таблиця 2

### Групові семантичні коди образу хвороби у досліджуваних

	Груповий семантичний код образу хвороби																							
Матері	2	0	1	1	0	1	1	2	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	
Батьки	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	2	0	0	0	1	1	0		
Діти	0	0	1	1	0	1	0	2	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1

Для кожного поняття на підставі групового семантичного коду можна виділити особливості (шкали) з достовірним рівнем узгодже-

ності, які однаково оцінюються 75% досліджуваних і вище, у кодах їм відповідають позначення "0" і "2". У термінах психології суб'єктивної семантики такі шкали названі семантичними універсальями об'єкта і відбивають значущі, актуальні і істотні властивості [1].

Для категорії "Моя хвороба" в якості семантичних універсалій в групі матерів виступають 10 властивостей (легкий, сумний, поганий, маленький, пасивний, вологий, чужий, понурий, гнилий, розумний); для батьків – 12 властивостей (сумний, слабкий, пасивний, шорсткий, сухий, чужий, твердий, повільний, злий, сумний, неавтономний, гнилий); для дітей 8 властивостей (сумний, слабкий, маленький, пасивний, шорсткий, неавтономний, розумний, тупий).

Категорія "Хвороба дитини" характеризується 7 семантичними універсальями для матерів (сумний, пасивний, складний, напружений, твердий, понурий, неавтономний); 13 – для батьків (важкий, сумний, маленький, пасивний, шорсткий, складний, напружений, чужий, твердий, понурий, неавтономний, тупий, брудний); діти описують "Хворобу батька" через 12 семантичних універсалій (сумний, поганий, пасивний, протилежний, упорядкований, шорсткий, складний, напружений, твердий, повільний, понурий, розумний).

Отже, більша кількість семантичних універсалій виявилася при характеристиці категорій "Хвороба дитини" для батьків, "Хвороба батька" для дітей. Семантичні універсалії відбивають досить глибокі, стійкі уявлення про хворобу, про ставлення до своєї хвороби і захворювань близьких людей, однакові для більшості досліджуваних, тому можна зробити висновок про те, що вони функціонують на рівні компонентів значення поняття. Властивості, що не ввійшли до числа універсалій, указують на індивідуальні розходження в осмисленні цих категорій.

Статистична обробка отриманих результатів за допомогою непараметричного критерію  $\chi^2$  Пірсона виявила, що кількість збігів у групових кодах достовірно не відрізняється між дітьми та батьками, що свідчить про збіг уявлень у розглянутих вище поняттях.

Для виявлення зв'язку в структурних характеристиках смислового конструкту "Хвороба дитини" в групах батьків і матерів ми провели додаткове дослідження групи методом "Семантичного диференціала" Ч. Осгуда, запропонувавши оцінити емоції "Страх", "Образа", "Радість", "Сум", "Здивування" за шкалами семантичного диференціала, а потім підраховали коефіцієнт лінійної кореляції за допомогою критерію Пірсона, порівнявши оцінки категорій ставлення до хвороби і значущих емоцій.

У батьків ставлення до хвороби дитини, з одного боку, більш стереотипне, а з іншого, більш диференційоване і однозначне: оцінки батьків відрізняються більшою узгодженістю, при цьому смисловий

конструкт "Хвороба дитини" позитивно корелює з такими емоціями, як страх, образа і сум, і негативно з емоціями радості і здивування. У матерів ставлення до хвороби дитини більш індивідуалізоване, менш диференційоване і в деяких випадках суперечливе: цей смисловий конструкт позитивно пов'язаний з емоціями страху і образи, а в деяких сім'ях з радістю; значущих кореляцій з емоціями смутку і здивування в групі матерів не виявлено.

У дослідженні виявилися гендерні особливості спадкування смислового конструкту хвороби дитини, а саме: синам достовірно частіше ( $\chi^2=7,81$ ,  $p = 0,05$ ) властиво спадкування батьківського конструкту хвороби – у 75% випадків, а дочки успадковують і як батьківські, так і материнські конструкти в практично рівному співвідношенні.

Розрахунок коефіцієнта кореляції Пірсона дав можливість простежити особливості ставлення до своєї хвороби, хвороби дитини (для батьків), хвороби батька (для дітей), особливостей усвідомлення та диференціації емоцій в кожній з 15 сімей. Виявлено, що в сім'ях, де хвороба сприймається за шкалою семантичного диференціала як "легка", спостерігається анозогностичний тип ставлення в 82% випадків, "маленька" – у 92% випадків, "чужа" – у 92% випадків.

Для виявлення особливостей структури образу здоров'я і хвороби у свідомості досліджуваних була використана модифікація проєктивної методики "Моє здоров'я і моя хвороба". Досліджуваним пропонувалися 2 аркуші білого паперу (формат А-4), олівець і така інструкція: "Намалюйте своє здоров'я і свою хворобу". Після завершення малюнка досліджуваного просили пояснити, що він намалював і чому 9. Аналіз малюнків "Моя хвороба і моє здоров'я" за критеріями, запропонованими Б.Г. Херсонським, дозволив виявити такі властивості. Малюючи свою хворобу, досліджувані найчастіше зображали метафоричні образи (матері – 57%, батьки – 64%, діти – 57%), де абстрактні асоціації виражаються опосередковано, через конкретні предмети. Наприклад, найчастіше зображували хмари й зів'ялі рослини. Ця тенденція простежується і у батьків і у їх дітей. Результати представлені в табл. 3.

Таблиця 3

**Категорії рисункових образів (за Б.Г. Херсонським)  
в малюнках "Моя хвороба" (у %)**

	Метафоричні образи	Персоніфіковані образи	Індивідуальні образи-стимули	Геометричні символи
Матері	57*	7	29	7
Батьки	64*	29	7	—
Діти	57*	29	14	—

Примітка. \* $p = 0,05$

Важливо зазначити, що в одній з родин чоловік з дружиною не стали малювати свою хворобу, дружина написала: "Здорова", а чоловік пропустив цю методичку: "Я не знаю, що мені малювати". Результати за методикою "ТОБОЛ" підтвердили припущення про те, що в цій родині домінує анозогнозичний тип ставлення до хвороби.

При роботі над зображенням свого здоров'я досліджувані відображали індивідуально-значущі моменти свого життя, використовуючи метафори і зображення тих предметів і ситуацій, образи яких допомагали їм згадати про пережитий досвід. Наприклад, зображуючи людину атлетичної статури, дають вербальну оцінку: "Я намагаюся стежити за своїм здоров'ям, роблю ранком зарядку, п'ю фреш і їм низькокалорійну їжу". Найчастіше досліджувані зображували природу квітучі рослини, сонце, фрукти. Це властиво 78 % всіх досліджуваних (матері – 87 %, батьки – 86 %, діти – 60 %). Ці дані представлені в табл. 4.

Таблиця 4

**Категорії рисункових образів (за Б. Г. Херсонським)  
в малюнках "Моє здоров'я" (у %)**

	Метафоричні образи	Персоніфіковані образи	Індивідуальні образи-стимули	Геометричні символи
Матері	87**	13	—	—
Батьки	86**	7	—	7
Діти	60*	33	7	—

Примітка. \*\*p = 0,01, \* p = 0,05

Високий рівень представленості метафоричних образів у малюнках досліджуваних заслуговує особливої уваги. На думку О.Ю. Артем'євої, схильність до метафоризації (коли на зв'язок прямих значень слів накладається вторинних семантичних відтінків значень) пов'язана з особливостями семантичного атрибутування об'єктів: схильність породжувати метафори вказує на більш високу точність відтворення значень, є одним з механізмів формування повного смислу об'єкта і "... проявляється при атрибутуванні об'єктів будь-якої природи або не проявляється взагалі" [1, с. 135].

Аналіз малюнків за критеріями, запропонованими Ф.Ю. Василюком, що припускає розгляд структури образу [9], представлений у в табл. 5 та 6.

При зображенні своєї хвороби досліджувані використовували як загальноприйняті символи, так і почуттєві враження, які переломлюють через свій життєвий досвід. Наприклад, досить часто зображували заплакане або похмуре обличчя.



Образ "Моєї хвороби" у свідомості досліджуваних представлений через значення і чуттєву тканину з переважанням чуттєвої тканини. Отже, хвороба відбивається в свідомості через сукупність відчуттів і індивідуальну значущість.

Таблиця 5

**Частота опори на компоненти психічного образу в малюнках "Моя хвороба" (у %)**

	Значення	Чуттєва тканина значення	Чуттєва тканина особистісного смислу	Слово (знак)
Матері	36	21	29	14
Батьки	35	35	30	-
Діти	40	27	33	-

При роботі над зображенням свого здоров'я батьки в більшості випадків спиралися на полюс значення, рідко на чуттєві компоненти, а серед дітей спостерігалася дещо інша картина в більшості випадків була опора на чуттєвий компонент (табл. 6).

Таблиця 6

**Частота опори на компоненти (полюси) психічного образу в малюнках "Моє здоров'я" (у %)**

	Значення	Чуттєва тканина значення	Чуттєва тканина особистісного смислу	Слово (знак)
Матері	80*	20	-	-
Батьки	86*	7	7	-
Діти	40	27	33	-

Примітка. \*р = 0,05

Отримані дані свідчать, що здоров'я не наповнене особистісним смислом і чуттєвої тканиною, на відміну від хвороби, а сприймається як щось абстрактне. Здоров'я відбивається через набір загальноприйнятих уявлень і не викликає ні відчуття, ні переживання індивідуальної значущості. Цією особливістю можна пояснити стереотип, який існує на рівні побутової свідомості: "Здоров'я не цінуємо, поки його не втрачимо", тобто поки ти здоровий, свого здоров'я не відчуваєш, не замислюєшся над його підтримкою і зміцненням, поки не захворієш. Цей феномен у свою чергу також пов'язаний з анозогнозією.

Для діагностики ставлення дорослих членів сім'ї до хвороби дитини ми пропонували матерям та батькам відповісти на питання "Методики діагностики ставлення до хвороби дитини" (ДОБР; В.Є. Каган, І.П. Журавльова). Результати за методикою "ДОБР" показали, що для матерів характерний високий показник за шкалою екстернальності в

ставленні до захворювання дитини 70%, де матері приписують причини захворювання дітей зовнішнім чинникам, тобто причини хвороби сприймаються як щось незалежне від них, що вони не можуть контролювати і чим не можуть керувати.

Щодо батьків результати дещо інші. Для 50% батьків властивий інтернальний контроль, при якому батьки сприймають себе як відповідальних за хворобу дитини, у 40% батьків екстернальний контроль хвороби дитини, у останніх 10% змішаний.

Показники за шкалою тривоги щодо хвороби дитини у матерів і батьків виявилися індивідуальними і співвідносними з типом ставлення до хвороби самої дитини. Простежується зв'язок між запереченням тривоги батьками щодо хвороби дитини та формуванням у дитини анозогностичного типу ставлення до хвороби ( $r_{\text{емп}} = 7,5; p < 0,05$ ).

Для більшості батьків характерно применшення тяжкості хвороби дитини анозогнозія, а саме для 75% досліджуваних. Заперечення і применшення тяжкості хвороби дитини може бути детермінантою у формуванні в дитини ергопатичного і анозогностичного типу ставлення до хвороби (коефіцієнт кореляції Пірсона  $r_{\text{емп}} = 0,58, p < 0,05$ ).

Для 85% батьків властива тенденція недооцінювати дотримання необхідних обмежень активності, що корелює з вибором анозогностичного і ергопатичного типу ставлення дитини до своєї хвороби ( $r_{\text{емп}} = 0,7, p < 0,05$ ).

Ця методика дозволила виявити статистично достовірний зв'язок між анозогностичним, ергопатичним типами ставлення до хвороби у дітей і применшення батьками тяжкості хвороби своєї дитини та низькими показниками контролю активності дитини під час хвороби.

Висновки. Отже, дослідження типу ставлення до хвороби у членів однієї сімейної системи дозволяє зробити такі висновки:

1. Для досліджуваних сімей переважаючим типом ставлення до хвороби виявився анозогностичний. Отже, більшість досліджуваних у ситуації хвороби ігнорують думки про неї і про можливі її наслідки, не визнають себе хворими, не вживають необхідних заходів для обстеження та лікування, продовжують вести колишній спосіб життя. Ця особливість у рівній мірі характерна і для тих досліджуваних, які переносять застудні захворювання та вірусні інфекції, і для тих, хто страждає більш важкими хронічними соматичними захворюваннями.

2. Виявлено, що чинниками, пов'язаними з анозогнозією у дитини в рамках сімейної системи, виступають:

- тип ставлення до хвороби анозогностичного блоку, який виявляється у батьків, а саме: власне анозогностичний і ергопатичний;
- високий показник екстернальності в сфері ставлення матерів до хвороби дитини, де причини захворювання дітей приписуються

зовнішнім чинникам, сприймаються як щось не залежне від них, що вони не можуть контролювати і чим не можуть управляти;

- применшення тяжкості хвороби дитини в обох батьків;
- тенденція недооцінювати батьками дотримання необхідних обмежень активності дитини під час хвороби, що корелює з вибором анозогнозичного, ергопатичного типу ставлення дитини до своєї хвороби;
- емоційна оцінка батьками хвороби дитини, як "легкої", "чужої", "маленької".

При цьому більш значущим для формування ставлення до хвороби у дітей виявляється ставлення батьків до їх власної хвороби, а не батьківське ставлення до хвороби дитини.

3. У батьків ставлення до хвороби дитини, з одного боку, більш стереотипне, а з іншого, – більш диференційоване і однозначне: оцінки батьків відрізняються більшою узгодженістю, при цьому смисловий конструкт "Хвороба дитини" позитивно корелює з такими емоціями, як страх, образа і сум, і негативно з емоціями радості і здивування. У матерів ставлення до хвороби дитини більш індивідуалізоване, менш диференційоване і в деяких випадках суперечливе: цей смисловий конструкт позитивно пов'язаний з емоціями страху і образи, а в деяких сім'ях – з радістю; значущих кореляцій з емоціями смутку і здивування в групі матерів не виявлено.

4. У дослідженні проявилися гендерні особливості успадкування смислового конструкту хвороби дітьми, а саме: сини успадковують батьківську модель ставлення до хвороби, а доньки і батьківську, і материнську в практично рівному співвідношенні.

5. Образ хвороби в свідомості всіх досліджуваних незалежно від статі і віку представлений компонентами чуттєвої тканини особистісного смислу і чуттєвої тканини значення, що вказує на зв'язок поняття "Хвороба" з різними емоційними станами, відчуттями, суб'єктивним досвідом досліджуваних і на особистісну значущість цієї категорії.

Образ здоров'я представлений компонентом значення, тобто набором загальноприйнятих символів і уявлень, що не містять особистого ставлення. Отже, здоров'я, на відміну від хвороби, сприймається як абстракція, яка не відчувається і не переживається досліджуваними.

Перспектива подальших досліджень полягає в поглибленні вивчення чинників, що сприяють виникненню різних форм анозогнозії та уточненні структури та механізмів цього феномену.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Артемьева Е.Ю. Основы психологии субъективной семантики / под ред. И.Б. Ханиной / Е.Ю. Артемьева. – М. : Наука ; Смысл, 1999.- 350 с.

2. Асланян Т.С. Структурні та функціональні характеристики симптомокомплексу "емоційного холоду" у жінок : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.01 "Загальна психологія, історія психології" / Т.С. Асланян. – Харків, 2010. – 20 с.
3. Бендас Т.В. Гендерная психология : учебное пособие / Т.В. Бендас. – СПб. : Питер, 2008. – 431 с.
4. Буков Ю.А. Теоретические основы валеологии : учебное пособие / Ю.А. Буков. – Симферополь, 2009. – 133 с.
5. Лакосина Н.Д. Клиническая психология : учебник [для студ. мед. вузов] / Н.Д. Лакосина, Н.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – [2-е изд.] – М. : Медпресс-информ, 2005. – 416 с.
6. Леонтьев Д.А. Психология смысла : природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. – [3-е изд., доп.]. – М. : Смысл, 2007. – 511 с.
7. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология : учеб. пособие / В.Д. Менделевич. – [5-е изд.]. – М. : Медпресс-информ, 2005. – 432 с.
8. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2007. – 350 с.
9. Смайлова С.О. Особливості смислових конструктів суб'єктивного часу в рамках особистісно-аномального патопсихологічного синдрому / С.О. Смайлова // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць / Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України ; наук. ред. С. Д. Максименко. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2009. – Т. 7, вип. 19. – С. 226-234.
10. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис. – [4-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2008. – 672 с.

**ELR 159.922**

## **ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ЗАЗДРОЩІВ В ОНТОГЕНЕЗІ**

**Смук О.І.**

*У статті представлено наукові дослідження щодо формування та прояву заздрощів на різних вікових етапах. Акцентується увага на ранньому юнацькому віці як найбільш чутливому періоді для подолання заздрощів. Розкривається їх вплив на життєдіяльність людини.*

**Ключові слова:** заздрощі, ранній юнацький вік, чутливий період.

*В статье представлены научные исследования по формированию и проявлению зависти на разных возрастных этапах. Акцентируется внимание на раннем юношеском возрасте как наиболее чувствительном*