

Особливості фрустраційної ТОЛЕРАНТНОСТІ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

Yeremenko T.B. Features of frustration tolerance in adolescence / T.B. Yeremenko // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G.S. Kostyuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / edited by S.D. Maksymenko, L.A. Onufrieva. – Issue 26. – Kamianets-Podilskyi : Aksioma, 2014. – P. 199-211.

Т.Б. Єременко. Особливості фрустраційної толерантності в юнацькому віці. Досліджено особистісні характеристики та стилі реагування на ситуації фрустрації осіб юнацького віку, що страждають на психосоматичні розлади або мають високий ризик їх розвитку, а також осіб із групи порівняння. Розглянуто фрустрацію як одну із моделей поведінки, що породжена агресією. Представлено результати досліджень психосоматичних проявів агресії в юнацькому віці на прикладі даних методики рисуночної фрустрації С. Розенцвейга. Описано механізми соматизації в залежності від рівня фрустраційної толерантності, зосереджуючи увагу на таких системах як бронхолегенева та кишково-шлункова. Окреслено відмінності в характеристиках агресивності в підлітків з психосоматичною патологією та осіб із групи порівняння, що позначаються на їх здатності до соціальної адаптації та формування стратегій поведінки. Визначено особливості напрямку реакцій у досліджуваних за допомогою методики рисуночної фрустрації С. Розенцвейга. Виявлено переважно інтропунітивний напрям реагування на ситуації фрустрації разом із «фіксацією на самозахисті» у респондентів, що страждають на захворювання бронхолегеневої системи, та переважно інтропунітивний напрям реагування на ситуації фрустрації разом із «фіксацією на перешкоді» у респондентів, що страждають на захворювання кишково-шлункової системи. При порівнянні показників фрустраційної толерантності осіб з психосоматичними розладами та досліджених групи порівняння констатовано достовірні відмінності характеристик напрямку реакцій та коефіцієнта групової адаптації. Доведено, що характеристики фрустраційної толерантності відповідають ознакам суб'єктивно-орієнтованого стилю поведінки особи у складних життєвих ситуаціях.

Ключові слова: психосоматичні розлади, фрустраційна толерантність, методика рисуночної фрустрації С. Розенцвейга.

Т.Б. Єременко. Особенности фрустрационной толерантности в юношеском возрасте. Определены личностные характеристики и стили реагирования на ситуации фрустрации лиц юношеского возраста, которые имеют психосоматические расстройства или высокий риск их

развития, а также личностей из группы сравнения. Рассмотрено фрустрацию как одну из моделей поведения, рождённую агрессией. Представлено результаты исследования психосоматических проявлений агрессии в юношеском возрасте на примере данных методики рисуночной фрустрации С. Розенцвейга. Описаны механизмы соматизации в зависимости от уровня фрустрационной толерантности, исходя из таких систем как бронхолегочная и желудочно-кишечная. Очерчены отличия в характеристиках агрессивности у подростков с психосоматической патологией, а также личностей с группы сравнения, что отображаются на их способности к социальной адаптации и формирования стратегий поведения. Определены особенности направления реакции у испытуемых с помощью методики рисуночной фрустрации С. Розенцвейга. Обнаружено преобладание интрапунитивного направления реакции на ситуации фрустрации вместе с «фиксацией на самозащите» у респондентов, которые подвержены заболеваниям бронхолёгочной системы, а также преобладание интрапунитивного направления реакции на ситуации фрустрации вместе с «фиксацией на препятствии» у респондентов, которые подвержены заболеваниям желудочно-кишечной системы. При сравнении показателей фрустрационной толерантности личностей с психосоматическими расстройствами и испытуемых группы сравнения констатировано достоверные отличия характеристик направления реакций и коэффициента групповой адаптации. Доказано, что характеристики фрустрационной толерантности отвечают показателям субъективно-ориентированного стиля поведения личности в сложных жизненных ситуациях.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, фрустрационная толерантность, методика рисуночной фрустрации С. Розенцвейга.

Обґрунтування актуальності обраної теми. Особливо вразливою категорією щодо несприятливих зовнішніх впливів є особи молодого віку, які в силу вікової психологічної незрілості та відсутності необхідного життєвого досвіду більш піддатливі соціальної дезадаптації. Стресогенна дія несприятливих політичних, економічних та соціальних чинників зумовлює високий ризик порушення психологічної рівноваги особистості. Психологічний дистрес обов'язково супроводжується соматичними проявами. Отже, соматичні скарги у підлітків можуть бути одним із способів переживання емоційного дистреса і повідомлення про нього. Вважається, що процес соматизації емоційного дистреса є типовим, якщо не універсальним механізмом реагування у дитячому віці. Однак, такий факт не може пояснити появи низки психосоматичних розладів у дитячому і підлітковому віці та особливостей їх перебігу. Тому сьогодні в Україні спостерігається зростання частоти граничних нервово-психічних і психосоматичних розладів у дітей та підлітків. Теорій стосовно причин і методів

профілактики існує безліч. Але у нашому дослідженні зосереджена увага на розгляді двох категорій захворювань (бронхолегеневої та кишково-шлункової систем) крізь призму агресії. Згідно з теорією фрустрації – агресії, агресія розглядається як одна з моделей поведінки, породжена фрустрацією. Оскільки сьогодні не існує єдиного погляду на дану проблематику, дослідження, спрямовані на систематизацію та аналіз цього складного явища, не втрачають актуальності. При цьому вивчення механізмів і наслідків агресивності у підлітковому (старшому шкільному) віці набуває особливої значущості.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Психосоматичні розлади становлять актуальну проблему для медичної психології не одне десятиріччя. Сучасні теорії патогенезу психосоматичних розладів базуються на багатофакторному підході. Соматична та психологічна (особистісна) схильність, чинники навколишнього середовища та їх суб'єктивне сприйняття, психологічні та соціальні впливи в їх різноманітності та взаємодоповненні – все це є факторами психосоматичної патології (Ю.А. Александровський, А.Б. Холмогорова) [1, 2]. Попри значний інтерес до цієї проблематики та наявність численних моделей розвитку психосоматичних розладів (Ф. Александер, В. Бройтігам, Ю.М. Губачов, В.Д. Тополянський) [3, 4, 5, 6], питання пояснювальних концепцій формування психосоматичної патології у підлітковому віці лишається актуальним для загальної медицини, психіатрії і медичної психології (Ю.Ф. Антропов, Д.М. Ісаєв) [7, 8]. Одним із перспективних напрямів вивчення етіопатогенезу психосоматичних розладів в юнацькому віці в останні роки вважається встановлення взаємозв'язків між певними стабільними особистісними характеристиками – алекситимією, типом реагування на фрустрацію, агресивністю – та схильністю до розвитку психосоматичних захворювань (К. Ізард, О.Ф. Макарова) [9, 10].

Проблема агресивної поведінки привертає увагу представників різних галузей науково-практичної діяльності. Категорія «агресія» знайшла відображення у теоріях З. Фрейда, К. Лоренца, Б. Скінера, Е. Аронсона. Суттєвою особливістю розроблених цими авторами концепцій є одновимірний підхід до вивчення феномена агресії. Серед найбільш вагомих модифікацій класичних теорій агресії слід зазначити концепції Е. Фромма, А. Берковіца, С. Грофа, Р. Берона, А. Баса та ін. Пошук в цьому напрямі продовжено російськими та українськими вченими (Н.В. Алікіна, М.В. Алфімова, О.Б. Бовть, С.В. Васьківська, В.А. Глушаков, Ю.А. Дроздов, М.Д. Левітов, С.Д. Максименко, О.М. Морозов,

О.А. Реан, Т.В. Рум'янцева, О.А. Чабан та ін.), які розробляли різні аспекти теорії агресії. Значний науковий інтерес до цієї проблематики зумовлений особливою соціальною значущістю феномена агресивності та важливістю результатів його вивчення для багатьох галузей науки, зокрема, для кримінології, педагогіки, психології та медицини.

Стаття має на меті демонстрацію результатів дисертаційного дослідження особливостей фрустраційної толерантності, специфіки реагування на ситуації фрустрації та рівень адаптації осіб юнацького віку, які страждають на психосоматичні захворювання.

Дослідження та результати. В рамках дисертаційного дослідження психосоматичних проявів агресії в юнацькому віці одним із аспектів розгляду стала фрустраційна толерантність. Методика рисуночної фрустрації С. Розенцвейга в модифікації НДІ ім. В.М. Бехтерева використовувалася для дослідження характеру емоційних реакції на ситуації фрустрації.

У дослідженні взяли участь 102 особи. Експериментальну групу склали 60 учнів 10–11 класів віком 15–17 років, серед яких було 34 (56,7%) дівчини та 26 (43,3%) хлопців. За віком досліджені розподілились таким чином: 15 років – 28 (46,7%) учнів, 16 років – 20 (33,3%) учнів, 17 років – 12 (20,0%) учнів. Середня тривалість захворювання в осіб експериментальної групи становила $5,7 \pm 3,3$ роки; середня частота звернень до поліклініки в зв'язку із загостренням даного захворювання протягом попереднього року – $7,2 \pm 2,1$; середня частота госпіталізацій з приводу даного захворювання за попередній рік – $3,1 \pm 1,2$.

До групи порівняння увійшли 42 учні 10–11 класів віком 15–17 років, які не перебували на амбулаторному обліку з приводу захворювань бронхолегенової системи або шлунково-кишкового тракту. Критерієм відбору до групи порівняння були також відомості про поодинокі (не більше 3 разів на рік) пропуски занять у зв'язку із будь-якими захворюваннями. Група порівняння відповідала експериментальній за ознаками «вік» і «стать».

При формуванні експериментальної групи до уваги бралася низка даних медичної документації, що дозволяли зробити припущення про наявність в підлітків психосоматичних розладів:

- частота та сезонний характер звернень до медичних закладів: відвідування поліклініки більше 5 разів протягом навчального року і відсутність звернень влітку;

- сезонне загострення бронхолегеневої патології (бронхіальної астми, бронхітів з астматичним компонентом), погіршення соматичного стану восени та навесні;
- відсутність стійкого ефекту медикаментозного лікування гастриту;
- погіршення стану, виявлення виразкової хвороби шлунку або виразкової хвороби дванадцятипалої кишки після певного періоду активного лікування хронічного гастриту або гастродуоденіту;
- наявність частих загострень дискінезій шлунково-кишкового тракту;
- незначна ефективність амбулаторного лікування, часті госпіталізації (більше 2 раз на рік) з приводу захворювань бронхолегеневих та (або) шлунково-кишкових захворювань.

В експериментальній групі було 33 (55,0%) особи з захворюваннями бронхолегеневої системи і 27 (45,0%) осіб із захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

При вивченні напряму реакцій у юнаків, що страждають на захворювання бронхолегеневої системи, за допомогою методики рисуночної фрустрації С. Розенцвейга виявлено переважно інтропунітивний напрям реагування (13, або 86,7% спостережень). Ця підгрупа досліджених мала значне перевищення середньонормативного показника за субшкалою «інтропунітивні реакції». Решта респондентів (13,3%) мали показники напряму реакцій, що не дозволяють чітко вказати на перевагу того чи іншого типу реагування.

Аналіз реакцій за типом дозволяє стверджувати, що в юнаків з патологією БЛС переважає «фіксація на самозахисті»: підвищення середньонормативних показників за субшкалою ED виявлено у всіх досліджених, при цьому значне перевищення нормативних значень зафіксовано в 14 (93,3%) респондентів. При цьому показник реакції «з фіксацією на задоволенні потреби» у 80,0% (12) обстежених є значно меншим за середньонормативний.

Отже, досліджуваним юнакам з бронхолегеневими захворюваннями психосоматичної природи властиве прийняття відповідальності за подолання складних ситуацій, тенденція до самозвинування та захисту власного «Я». За даними тестування можна припустити відсутність застосування конструктивних стратегій подолання із залученням зовнішньої допомоги, характерних для осіб із типом реакцій «з фіксацією на задоволенні потреб».

Це припущення підтверджують показники коефіцієнта групової адаптації (КГА): його значення відповідає середньостатистичному лише в одного з досліджених із захворюваннями БЛС (6,7%), а в решти (14, або 93,3%) є значно меншим за нормативне.

Схожий тип реагування на ситуації фрустрації виявлено і в підгрупі дівчат із захворюваннями бронхолегеневої системи. У всіх досліджуваних показник інтропунітивності є більшим за нормативний зі значним перевищенням середньонормативного значення в половині випадків. Значення показника екстрапунітивного напрямку реагування наближені до середньостатистичного лише у 2 (16,7%) досліджених, а в решти він помірно або значно знижений. У дівчат із захворюваннями БЛС виявлено також зниження показників імпульсивного напрямку реагування (зменшення значень М, порівняно із середньонормативним, зафіксовано в 9, або 75,5% випадків).

Подібно до юнаків найбільш поширеним типом реакції на фрустрацію в дівчат з патологією БЛС є реакція з фіксацією на самозахисті: у всіх випадках показник ЕД є вищим за нормативний з помірним відхиленням від норми у 33,3% (4) досліджених і зі значним перевищенням середньостатистичного показника у половині (6) обстежених дівчат. Значення КГА є нижчим за середньостатистичне у 9 (75,0%) респонденток із захворюваннями бронхолегеневої системи.

Дослідження юнаків із захворюваннями шлунково-кишкового тракту психосоматичної природи дозволило виявити переважання інтропунітивного спрямування реакцій на фрустрації у переважній більшості респондентів (9, або 81,8% випадків).

На відміну від підгрупи осіб чоловічої статі із захворюваннями БЛС, тип реакції «з фіксацією на самозахисті» не є переважно характерним для юнаків із патологією шлунково-кишкового тракту: помірне підвищення показника ЕД виявлено у 27,3% (3) досліджуваних, в решти він суттєво не відрізняється від середньонормативного. При цьому в 63,7% (7) юнаків із патологією ШКТ зафіксовано значне підвищення показника ОД (типу реакції «з фіксацією на перешкоді»). Показник, що характеризує реакцію «з фіксацією на задоволенні потреби», знижений у всіх досліджених юнаків із захворюваннями ШКТ. Ці характеристики типу та напрямку реагування на ситуації фрустрації суттєво позначаються на показниках групової адаптації, що є нижчими за нормативний у 9 (81,8%) обстежуваних цієї підгрупи.

У дівчат із захворюванням ШКТ також виявлено підвищення показника інтропунітивного напрямку реагування в усіх результатах тестування. Показник, що характеризує екстрапунітивний напрям реагування, виявився зниженим у 68,2% (15) досліджених. В 13,6% (3) випадків зафіксовано близькі до середньонормативного показники імпунітивного напрямку реагування, в решти досліджуваних дівчат цей показник помірно або значно знижений.

Згідно з даними аналізу характеристик реакцій на фрустрацію за типом в більшості випадків (18, або 81,8% дівчат з патологією ШКТ) підвищено показник реакції «з фіксацією на перешкоді». Поряд із тим, у всіх досліджуваних жіночої статі виявлено незначне або помірне підвищення показника реакції «з фіксацією на самозахисті». Показник, що визначає тип реакції «з фіксацією на задоволенні потреби», суттєво знижений у 17 (77,3%) дівчат цієї підгрупи. Відповідно, коефіцієнт групової адаптації є нижчим за норму майже у всіх (20, або 90,9%) дівчат з порушеннями функції шлунково-кишкового тракту психосоматичного походження.

Порівнюючи характеристики реакцій на фрустрацію в досліджуваних осіб з бронхолегеневою патологією та захворюваннями й розладами функції шлунково-кишкового психосоматичної природи, слід зазначити, що в обох підгрупах переважає інтропунітивний напрям реагування, з яким пов'язане усвідомлення власної відповідальності за розв'язання проблеми або самозвинувачення. При цьому у підлітків із захворюваннями шлунково-кишкового тракту переважають реакції «з фіксацією на перешкоді», а в підлітків із патологією бронхолегеневої системи – реакції «з фіксацією на самозахисті». Порівняно із середньонормативними, в обох підгрупах виявлено значне зниження показників екстрапунітивного та підвищення інтропунітивного напрямку реагування.

Водночас за типом реакцій, порівняно з нормативними даними, виявлено достовірне підвищення показників «фіксації на перешкоді» (OD) у підлітків із захворюваннями ШКТ та показників «фіксації на самозахисті» (ED) у досліджених із захворюваннями БЛС. В обох підгрупах знижені показники реакції «з фіксацією на задоволенні потреби» (NP).

Означені тенденції призводять до застосування неконструктивних стратегій подолання, або копінг-стратегій – про це свідчить зниження коефіцієнта групової адаптації, що становить для групи осіб із психосоматичними розладами $47,8 \pm 8,0$ і є до-

стовірно ($p < 0,01$) нижчим за середньонормативне значення КГА (62,1).

При дослідженні фрустраційної толерантності респондентів групи порівняння було виявлено наступне: практично у всіх юнаків цієї групи переважає екстрапунітивний напрям реагування, що відповідає співвідношенню середньонормативних характеристик реакцій за напрямом.

Помірно знижене значення показника І виявлено у 4 (21,1%), незначне зниження М – у 5 (26,3%), а помірно підвищене – у 6 (31,6%) юнаків з групи порівняння.

Розподіл показників реакцій на фрустрацію за типом у юнаків групи порівняння також відповідає середньо нормативному у юнацькому середовищі:

- лише в 4 (21,1%) респондентів чоловічої статі відзначено зниження показника реакції «з фіксацією на задоволенні потреби»;
- 3 (15,8%) виявили помірно підвищення показника реакції «з фіксацією на перешкоді».

Значення коефіцієнта групової адаптації у юнаків групи порівняння наближається до середньонормативних значень у більшості (13, або 68,4%) досліджених юнаків групи порівняння, у 5 (26,3%) він помірно знижений, і у 1 (5,3%) – помірно підвищений.

Дівчата групи порівняння також характеризуються показниками фрустраційної толерантності, що суттєво не відрізняються від середньонормативних. Лише у 5 (26,1%) респонденток виявлено помірно зниження, і в 2 (8,7%) – помірно підвищення показника екстрапунітивного напрямку реагування (Е). Показник І помірно перевищує середньонормативне по групі значення у 9 (39,1%) досліджених, лише в двох випадках (8,7%) зафіксовано його незначне зниження. Показники М помірно знижені у 5 (21,7%) і помірно підвищені у 8 (34,8%) дівчат.

Тип реагування на реакції фрустрації за даними методики С. Розенцвейга у дівчат групи порівняння характеризується такими показниками:

- в 3 (13,0%) виявлено помірно підвищення показника реакції «з фіксацією на перешкоді»;
- в 4 (17,4%) – «з фіксацією на самозахисті», у 1 (4,3%) – з фіксацією на задоволенні потреби».

Помірно зниження цих показників виявлено відповідно у 1 (4,3%), 3 (13,0%) і 5 (21,7%) особи жіночої статі з групи порівняння.

Коефіцієнт групової адаптації є близьким до нормативного значення в 20 (86,9%), і в 3 (13,1%) осіб жіночої статі з групи порівняння він помірно знижений.

Отже, за всіма показниками фрустраційної толерантності група порівняння суттєво не відрізняється від середньонормативних характеристик реагування, що свідчить про здатність до формування адекватних стратегій копінг-поведінки, притаманну досліджуванім цієї групи.

При порівнянні показників фрустраційної толерантності осіб з психосоматичними розладами та досліджуваних групи порівняння виявлено достовірні відмінності характеристик на пряму реакцій та коефіцієнта групової адаптації. На відміну від групи порівняння, підлітки із захворюваннями бронхолегеневої системи та розладами шлунково-кишкового тракту психосоматичної природи частіше схильні до інтропунітивних і рідше – до екстрапунітивних реакцій. Відповідно, вони характеризуються нижчими показниками коефіцієнта групової адаптації, що свідчить про неадаптивність копінг-стратегій в ситуаціях фрустрації, спричинену, ймовірно, незрілістю (інфантильністю) патернів реагування на складні життєві ситуації.

Слід зазначити, що загальний напрям реагування на ситуацію фрустрації в осіб з психосоматичними розладами є подібним у дівчат та юнаків – як в осіб жіночої, так і в осіб чоловічої статі виявлено достовірну відмінність показників Е, І та КГА від відповідних у досліджуваних групи порівняння. Однак, як зазначено вище, особливості фрустраційної толерантності є дещо відмінними в підгрупах осіб із бронхолегеневими захворюваннями і з захворюваннями шлунково-кишкового тракту, отже їх «профілі» фрустраційної толерантності відзначаються різними тенденціями співвідношення окремих субшкал і, відповідно, по-різному відхиляються від середньонормативних показників і характеристик групи порівняння.

З метою вивчення зв'язків між агресивністю підлітків та їх адаптивністю використано метод кореляційного аналізу. Для осіб з групи порівняння виявлено негативний кореляційний зв'язок між КГА та індексом агресивності ($r = -0,34$; $p < 0,05$), в групі осіб з психосоматичними розладами такого зв'язку не виявлено ($r = -0,12$; $p = 0,27$). Однак, КГА підлітків з експериментальної групи статистично достовірно зворотно пов'язаний із індексом ворожості ($r = -0,45$; $p < 0,01$), що свідчить про взаємозалежність між зниженою фрустраційною толерантністю і «невираженою назовні» складовою агресивності в осіб із психосоматичними розладами.

Отже, порівняно з групою контролю, в осіб експериментальної групи виявлено специфічні особливості реагування на ситуації фрустрації, що характеризуються поєднанням інтрапунітивного напрямку реагування з підвищеними показниками «фіксації на самозахисті» в осіб з бронхолегеневою патологією і підвищеними показниками фіксації на перешкоді – в осіб з патологією шлунково-кишкового тракту, а також тенденцією до зниження показників реакції «з фіксацією на задоволенні потреби» у всіх підлітків експериментальної групи. Такі характеристики фрустраційної толерантності відповідають ознакам суб'єктивно-орієнтованого стилю поведінки особи у складних життєвих ситуаціях за Lazarus R. (1991). Цей стиль характеризується браком здатності до самостійного аналізу події, невмінням шукати і використовувати додаткову інформацію та (або) допомогу інших для розв'язання проблеми. Відбитком «незрілості» копінг-стратегій, застосовуваних особами експериментальної групи в складних життєвих ситуаціях, є зниження показників коефіцієнта групової адаптації.

Беручи до уваги особистісні особливості досліджуваних експериментальної групи та показники їхньої агресивності, слід констатувати наявність специфічних умов для виникнення в них психосоматичних розладів. За низької фрустраційної толерантності з фіксацією на перешкоді та самозахисті, підвищеними тенденціями до самозвинувачування і надмірної відповідальності їм притаманні накопичення агресивного потенціалу, утруднення його поведінкового відреагування та висока імовірність спрямування агресивних імпульсів «всередину» з фіксацією на певних органах-мішенях. На думку окремих авторів, соматизація агресивності в подібних випадках виступає еквівалентом саморуйнівної поведінки.

Висновки. Особи юнацького віку з психосоматичними розладами, маючи низьку фрустраційну толерантність і високу ймовірність відкритої агресії, не здатні відреагувати на агресивні імпульси через адекватні емоційно-поведінкові реакції. Відмінності в характеристиках агресивності у підлітків із психосоматичною патологією та осіб з групи порівняння позначаються на їх здатності до соціальної адаптації. Для осіб з групи порівняння встановлено негативний кореляційний зв'язок між коефіцієнтом групової адаптації (КГА) та індексом агресивності, а для підлітків з експериментальної групи – негативний кореляційний зв'язок між КГА та індексом ворожості, що свідчить про взаємозалежність між зниженою фрустраційною толерантністю

і «невираженою назовні» складовою агресивності в осіб із психосоматичними розладами.

На відмунну від досліджуваних групи порівняння, у підлітків експериментальної групи виявлено специфічні особливості реагування на ситуації фрустрації, що характеризуються поєднанням інтрапунітивного напрямку реагування з підвищеними показниками «фіксації на самозахисті» в осіб з бронхолегеневою патологією і підвищеними показниками фіксації на перешкоді – в осіб з патологією шлунково-кишкового тракту, а також тенденцією до зниження показників реакції «з фіксацією на задоволенні потреби» у всіх підлітків експериментальної групи. Такі характеристики фрустраційної толерантності відповідають ознакам суб'єктивно-орієнтованого стилю поведінки особи у складних життєвих ситуаціях за Lazarus R. (1991), якому притаманні брак здатності до самостійного аналізу події, невміння шукати і використовувати додаткову інформацію та (або) допомогу інших для розв'язання проблеми. Відбитком «незрілості» копінг-стратегій, застосовуваних особами експериментальної групи в складних життєвих ситуаціях, є зниження показників коефіцієнта групової адаптації.

Низька фрустраційна толерантність із порушенням адаптації, накопичення агресивного потенціалу підлітків експериментальної групи зумовлюють високу ймовірність тенденцій до аутоагресії через механізм соматизації зі спрямуванням руйнівних імпульсів на певні системи або органи-мішені.

Список використаних джерел

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер; [пер. с англ. С. Могилевского] – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с. (Серия «Психология без границ»).
2. Александровский Ю.А. Социальные факторы и пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский // Руководство по социальной психиатрии : [под ред. Т.Б. Дмитриевой.]. – М.: Медицина, 2001. – С. 177–194.
3. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков (клиника, патогенез, систематика и дифференцированная терапия) / Ю.Ф. Антропов. – М., 1997. – 198 с.
4. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: Краткий учебник / В. Бройтигам, П. Кристиан, Михаэль фон Рад ; [пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова.]. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.

5. Губачев Ю. М. Клинико-физиологические основы психосоматических заболеваний / Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский. – Л.: Медицина, 1981. – 216 с.
6. Изард К.Э. Психология эмоций / К.Э. Изард; [пер. с англ.]. – СПб.: Питер, 1999. – 464 с. (Серия «Мастера психологии»)
7. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста / Д.Н. Исаев. – СПб., 2000. – 507 с.
8. Макарова О.Ф. Подростки: агрессивность и психосоматика / О.Ф. Макарова // Журнал практического психолога. – 1999. – № 7–8. – С. 37 – 40.
9. Терлецька Л.Г. Вікова психологія і психодіагностика / Л.Г. Терлецька. – К.: АПСВ, 2004. – Ч. II. – 222 с.
10. Фурманов И.А. Детская агрессивность: психодіагностика и коррекция / И.А. Фурманов. – Минск: Ильин, 1996. – 187 с.

Spysok vykorystanyh dzherel

1. Aleksander F. Psihosomaticeskaja medicina. Principy i prakticheskoe primenenie / F. Aleksander; [per. s angl. S. Mogilevskogo] – M.: JeKSMO-Press, 2002. – 352 s. (Serija «Psihologija bez granic»).
2. Aleksandrovskij Ju.A. Social'nye faktory i pogranichnye psihicheskie rasstrojstva / Ju.A. Aleksandrovskij // Rukovodstvo po social'noj psihiatrii : [pod red. T.B. Dmitrievoj.]. – M.: Medicina, 2001. – S. 177–194.
3. Antropov Ju.F. Psihosomaticeskije rasstrojstva u detej i podrostkov (klinika, patogeneza, sistematika i differencirovannaja terapija) / Ju.F. Antropov. – M., 1997. – 198 s.
4. Brojtigam V. Psihosomaticeskaja medicina: Kratkij uchenik / V. Brojtigam, Kristian P., Mihajel' fon Rad ; [per s nem. G.A. Obuhova, A.V. Bruenka; Predisl. V.G. Ostroglazova.]. – M.: GJeOTAR MEDICINA, 1999. – 376 s.
5. Gubachev Ju. M. Kliniko-fiziologicheskie osnovy psihosomaticeskijh zabojevanij / Gubachev Ju.M., Stabrovskij E.M. – L.: Medicina, 1981. – 216 s.
6. Izard K.Je. Psihologija jemocij / K.Je. Izard; [per. s angl.]. – SPb.: Piter, 1999. – 464 s. (Serija «Mastera psihologii»).
7. Isaev D.N. Psihosomaticeskaja medicina detskogo vozrasta / D.N. Isaev. – SPb., 2000. – 507 s.
8. Makarova O.F. Podrostki: agressivnost' i psihosomatika / O.F. Makarova // Zhurnal prakticheskogo psihologa. – 1999. – № 7–8. – S. 37 – 40.

9. Terlec'ka L.G. Vikova psihologija i psihodiagnostika / L.G. Terlec'ka. – K.: APSV, 2004. – Ch. II. – 222 s.
10. Furmanov I.A. Detskaja agresivnost': psihodiagnostika i korrekcija / I.A. Furmanov. – Minsk: Il'in, 1996. – 187 s.

T.B. Yeremenko. Features of frustration tolerance in adolescence.

The article envisages personal characteristics and styles of response to situations of frustration of persons in youthful age who suffer from psychosomatic disorders or at high risk of their development, as well as those from the comparison group. The frustration is considered as one of the behavior models generated by aggression. There are presented the results of studies of psychosomatic manifestations of aggression in adolescence by data of Rosenzweig Frustration Test. The somatization mechanisms are described depending on the level of frustration tolerance, focusing on such systems as bronchopulmonary and gastrointestinal. There have been outlined the differences in the characteristics of aggression in adolescents with psychosomatic disorders and those from comparison groups, affecting their capacity for social adaptation and formation of behavioral strategies. The features of the reactions direction are determined by data of Rosenzweig Frustration Test. It is found mainly extragressive direction of response to situations of frustration with «fixation on self-defense» of the respondents, who suffer from bronchopulmonary disease, and mainly extragressive direction of response to situations of frustration with «fixation on the obstacle» of the respondents, who suffer from gastrointestinal disease systems. In comparison with the indicators of frustration tolerance of people with psychosomatic disorders and people of the comparison group it is ascertained significant differences between characteristics of reactions direction and coefficient of group adaptation. The frustration tolerance characteristics are proved to correspond to the attributes of subjectively oriented behaviors in difficult situations. The persons in adolescence with psychosomatic disorders, with a low frustration tolerance and a high probability of open aggression are proved not to respond to aggressive impulses through adequate emotional and behavioral responses.

Key words: psychosomatic disorders, frustration tolerance, Rosenzweig Frustration Test.

Recieved August 12, 2014

Revised September 19, 2014

Accepted October 21, 2014