derzhavnogo pedagogichnogo universitetu imeni V.G.Korolenka. – Vip. 5/6 (26/27). – Poltava: PDPU im. V.G.Korolenka, 2002. – Serija “Pedagogichni nauki”.
5. Mitina L.M. Psihologija razvitija konkurentosposobnoj lichnosti [Psychology competitive personality development] / L.M. Mitina. – M.: Mosk. psihol.-soc. in-t; Voronezh: MODJeK, 2002. – 400 s. (Serija «Biblioteka psihologa»).
6. Mitina L.M. Jemocional'naja gibkost' uchi- telja: Psihologicheskoe soderzhanie, diagnostika, korrekcija [Emotional flexibility teacher] / L.M. Mitina, E.S. Asmakovec. – M.: Flinta, 2001. – 192 s.
7. Semenova E.M. Trening jemocional'noj ustojchivosti pedagoga [Ucheb. posobie] [Training the emotional stability of the teacher] / E.M. Semenova. – 3-e izd. – M.: Psihoterapija, 2006. -
8. Shejko A. Psihologichna stijkist' junactva u krittichnij situacії [Psychological resilience in youth crisis situation] / A. Shejko // Osvita regionu, 2013. – №3. – S.173-184.

Lukasevych O.A. The development of emotional flexibility in future psychologists. *The article is dedicated to the problem of the emotional component of psychologist’ professional activity. The concept of "emotional flexibility" in modern psychology has been analyzed. The analysis of the psychological structure of the individual emotional flexibility of psychologist has been presented. The effective diagnostic tools to determine psyholohichnh features of emotional flexibility have been considered and selected. As a result of the empirical study it has been confirmed the presence of structural components of emotional flexibility of future psychologists, such as: emotional stability, emotional expression, empathy and reflection. It was found that emotional stability as a component of emotional flexibility includes general adaptability to human life, the ability and the need to understand and manage their own and others' emotional states, to overcome negative emotional reactions, the ability to find adequate explanations and realistic detection. The individual ability directly and spontaneously express the emotions, to understand the specific detection of emotions in behavior, to have increased joyful mood has been attributed to emotional expression. Empathy component has been determined. This component is characterized by the ability to predict the emotional state of another act in a shortage of output information based on empathy, complicity, and the ability to imitate. Reflective component has been represented as a process of learning the persons themselves and their emotional states, clarifying the relationship to their surrounding. These components of emotional flexibility interrelated, interdependent and form a coherent structure.*

Keywords: *emotional flexibility, emotional stability, emotional sensitivity, emotional expression, reflection, empathy, emotional regulation, emotional orientation.*

УДК 159.923

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ СОМАТИЧНО ХВОРИХ ДІТЕЙ

О.Г. Малина
кандидат психологічних наук,
старший викладач кафедри практичної психології
Запорізький національний університет

Малина О.Г. Психологічний аналіз особливостей емоційної сфери соматично хворих дітей. *У статті наведені результати експериментального дослідження особливостей емоційної сфери соматично хворих дітей на прикладі хронічних серцево-судинних захворювань. Теоретичний аналіз означеної проблеми та результати експериментального дослідження дозволили визначити, що у дитячому віці наявність захворювання зумовлює особливі умови та специфічну ситуацію соціального розвитку, що значно ускладнюють і деформують процес психічного розвитку і особливо гостро проявляються у актуальних емоційних станах дитини. Серед них домінуючими виявляються виражена тривожність та астенічні стани. Соматично хворим дітям притаманні низька стресостійкість, емоційна напруга, замкненість у собі, труднощі у відносинах з іншими, виснаження життєвої енергії, відчуття безсилля, стан безпорадності, усвідомлення власного безсилля, вороже ставлення до нового та навколишнього світу, соціально-психологічними наслідками чого стають зниження самооцінки, комунікативні труднощі та проблеми самотності.*

Ключові слова: *соматично хворі діти, емоційні стани, тривожність, стрес, астенія, знижений енергетичний потенціал, самооцінка.*

Малина Е.Г. Психологический анализ особенностей эмоциональной сферы соматически больных детей. *В статье изложены результаты экспериментального исследования особенностей эмоциональной сферы соматически больных детей на примере хронических сердечно-сосудистых заболеваний. Теоретический анализ данной проблемы и результаты экспериментального исследования позволили определить, что в детском возрасте наличие заболевания формирует особые условия и специфическую ситуацию социального развития, которые значительно усложняют и деформируют процесс психического развития и особенно остро проявляются в актуальных эмоциональных состояниях ребенка. Среди них доминирующими являются выраженная тревожность и астенические состояния. Соматически больным детям присущи низкая стрессоустойчивость, эмоциональное напряжение, замкнутость в себе, трудности в отношениях с другими, истощение жизненной энергии, состояние беспомощности, осознание собственного бессилия, враждебное отношение к новому и окружающему миру, социально-психологическими последствиями чего становятся низкая самооценка , коммуникативные трудности и проблемы одиночества.*

Ключевые слова: *соматически больные дети, эмоциональные состояния, тревожность, стресс, астения, снижение энергетического потенциала, низкий самооценка.*

Постановка проблеми. В Україні вроджені соматичні захворювання у дітей представляють все більш загрозливу проблему охорони здоров’я. Щорічно частота соматичних захворювань у дитячому віці невпинно зростає. Провідне місце серед соматичних розладів дітей належить вродженим патологіям та хворобам серцево-судинної системи, темпи поширення яких останнім часом зросли у 2,5-3 рази. В нашій країні щорічно народжується близько 5-6 тис. дітей з патологіями та хворобами серцево-судинної системи. Ситуація ускладнюється і тим фактом, що будь-яка хронічна хвороба, незалежно від того, яка її біологічна природа, який орган або функціональна система виявляється ураженою нею, створює особливу соціальну ситуацію розвитку психіки людини. Хвороба обов’язково видозмінює психіку хворого внаслідок появи нових форм реагування хворого на хворобу, яких раніше не було. Це особливо актуальна проблема у зв’язку з необхідністю урахування означених умов та негативних тенденцій розвитку у дитячому віці.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Психіка хронічно хворих набуває особливу специфіку, життєві цінності отримують інші смислові характеристики, змінюється самосвідомість. Зміст соціальної ситуації розвитку в умовах хвороби складається з різних форм особистісного переживання криз. Розуміння психологічних механізмів, що сприяють ефективному виходу з кризи або виникненню та стабілізації особистісних змін має концентрується на виявленні психологічних резервів компенсації хвороби і повноцінного особистісного зростання. Динаміка кризи розвитку в умовах хронічного захворювання залежить, згідно висновкам В.В. Ніколаєвої, від особливостей сформованої в преморбідній стадії ієрархії мотиваційної сфери та ефективності особистісно-смислової регуляції діяльності. Теоретико-експериментальний пошук найбільш вираженої зміни в структурі особистості соматичних хворих дозволяє вважати, що у внутрішній картині хвороби у хронічного хворого найбільш збідненими стають динамічна й якісна характеристика емоційної складової [3].

В.В. Ніколаєва відзначає такі особливості в життєвій ситуації хворих з хронічними захворюваннями. По-перше, наявність певної біологічної шкідливості, що впливає на умови функціонування організму і центральної нервової системи; специфічна соматогенна інтоксикація (або гіпоксія). Наслідком цього є розвиток астенічного синдрому різного ступеня прояву, а іноді й явищ особливої соматогенної енцефалопатії. По-друге, різний ступінь вітальної загрози, про яку найчастіше знає сам хворий. По-третє, тривалість перебігу хвороби з можливими періодами затухання і загострення хворобливого процесу, що припускають тривале лікування, іноді перебування в стаціонарі в ситуації обтяжливих для хворого лікувальних процедур. По-четверте, відрив від звичних умов життя з обмеженням або повним виключенням трудової діяльності, звуженням і обмеженням звичного кола спілкування тощо. І можливі негативні соціальні наслідки хвороби: втрата або зниження працездатності, зміна сімейного статусу, загальна зміна соціального статусу людини [1].

Зазначені особливості соціальної ситуації розвитку, в яку потрапляє людина, яка раптово захворіла, можуть змінювати весь стиль її життя: її життєві установки, плани на майбутнє, її життєву позицію по відношенню до різних важливих для хворого обставин і до самого себе. Всі ці зміни стають предметом психічної активності хворого і знаходять відображення в особливому утворюванні, що формується в умовах хвороби, у внутрішній картині хвороби.

Особливого значення набуває не саме захворювання і викликане ним об’єктивне навантаження, а саме почуття і уявлення, обумовлені ними. При соматичних захворюваннях з хронічним перебігом, що супроводжуються тривалим порушенням обміну, інтоксикацією, наступають важкі і тривалі зміни типу психопатоподібних, які характеризуються: наявністю стійкого розладу настрою, а саме дисфорії з переважанням втоми, стомленості, неприязні до всього оточуючого; почуттям невдоволення, занепокоєння; зниженням продуктивності мислення; поверховістю суджень; зниженням енергії та активності; розвитком егоцентризму і звуженням кола інтересів, одноманітністю поведінки, настирливістю і надокучливістю; станом розгубленості при найменших життєвих утрудненнях.

Ступінь психічних порушень, їх розвиток, перебіг і результат в значній мірі залежить від особливостей і тяжкості соматичного захворювання [4].

З психологічної точки зору, захворювання має великий вплив на розвиток особистості дитини, на її уявлення про себе саму і про навколишній світ. Поряд із загальними закономірностями впливу хвороби на особистість, при серцево-судинних захворюваннях має місце феномен, який Джонсон назвав «соціокультуральною символікою серця». У хворих відзначається інертність, нерішучість,

втрата вольової активності і життєвої стійкості, втрата інтересу до праці і життя в цілому, звуження кола інтересів, егоцентричність, а також образливість, нестриманість. Найбільш частим, на думку Л.Ф. Бурлачука та О.Ю. Коржової, типом ставлення до хвороби є сенситивний і ергопатичний. Слід зазначити, що ергопатичний можна вважати досить типовим для пацієнтів з різноманітною патологією серця [5].

У той же час, як пишуть Н.Д. Лакосіна і Г.К. Ушаков, у дітей найбільш чітко виражене різне ставлення і до хвороби, і до перебування в лікарні [2]. Це залежить від індивідуального досвіду дитини, від умов виховання, від віку і ступеня зрілості її особистості. Наприклад, в пубертатному віці підвищується готовність до іпохондричних переживань. Абсолютно безпорадними виявляються в лікарні діти, які виховуються на кшталт «кумира сім’ї». Нерідко потрапляння дитини до соматичної лікарні вперше виявляє у нього психічну патологію, такі особливості поведінки, на які батьки не звертали уваги (наприклад, аутизм). Тривало хворіючі раніше діти, яким батьки створювали особливі умови, часто виявляють риси психічного інфантилізму і схильність до істеричних реакцій.

Найважливішим чинником змін у психіці хворої дитини, є тип виховання в сім’ї та міжособистісні стосунки в сім’ї в цілому. Саме батьки, в першу чергу, грають роль «медіаторів», опосередковуючи формування у дитини внутрішньої картини хвороби. Однак, у більшості досліджень навіть не ставиться надзвичайно важливе питання про те, що первинне, а що вторинне, де наслідок, а де причина. З одного боку, особливості виховання можуть вести до схильності до соматичних (зокрема, психосоматичних) захворювань. З іншого боку, хвороба дитини часто викликає значні зміни у відношенні до неї, в домінуючих способах виховання.

Отже, на думку більшості дослідників, загальними психологічними особливостями соматично хворих дітей виявляються різноманітні негативні емоційні стани, спостерігається велика схильність до стресів та інших несприятливих чинників середовища не тільки з фізіологічної точки зору, але і з психологічної [2].

Виклад основного матеріалу дослідження з обґрунтуванням отриманих результатів. З метою дослідження особливостей емоційної сфери соматично хворих дітей було проведено експеримент, вибірку якого склали 36 дітей 9-10 років із різними клінічними формами серцево-судинних захворювань, що підтверджені в їх медичних картках, а саме – кардіопатія, неревматичний кардит та пролапс мітрального клапану.

Для діагностики особливостей емоційної сфери хворих на серцево-судинні захворювання дітей використовувалися шкала явної тривожності для дітей (CMAS) адаптована Г.М. Прихожан та тест кольорових переваг М. Люшера, в якості додаткового методу була використана бесіда [7].

Тривожність в даному дослідженні розглядається як хронічне переживання психічної та соматичної напруги, що виявляється у втомі, дратівливості, нетерплячості, почутті внутрішньої скутості, схильності навіть з незначних приводів відчувати напади страху і неспокою та ін.

Шкала явної тривожності для дітей (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale - CMAS) призначена для виявлення тривожності як відносно стійкого утворення у дітей 8-12 років. Дана шкала складається з 53 тверджень, 11 з яких відносяться до шкали брехні. Після того, як дитина відповіла на всі твердження, підраховуються дані за контрольною шкалою – субшкалою «соціальної бажаності».

На наступному етапі обробки підраховуються бали за субшкалою тривожності. Первинна оцінка переводиться в шкальну. Як шкальні оцінки використовуються стандартні десятки (стени). Для цього дані випробуваного зіставляються з нормативними показниками групи дітей відповідного віку і статі.

Таблиця 1

Результати дослідження рівня тривожності у дітей з патологіями серця

	Кількісний показник
Нормальний рівень	12 дітей – 33%
Підвищений рівень	18 дітей – 50%
Дуже високий рівень	6 дітей – 17%

Таким чином, у більшості дітей вибірки спостерігається підвищений рівень тривожності – він представлений 18 дітьми з 36 (50%), тобто половина від усієї вибірки. Дуже високий рівень тривожності спостерігається лише у шістьох учнів з 36 (17%). Рівень тривожності, який вписується у

межі норми, мають 12 осіб з усієї вибірки (33%). Тобто ми бачимо, що більше дітей з підвищеним і високим рівнями тривожності, ніж з нормальним.

Також підтверджено, що серед дітей з підвищеним рівнем тривожності більше дівчаток, ніж хлопчиків, що можна пояснити їх більшою емоційною чутливістю, особливо в цьому віці дівчинки сприймають все яскравіше.У ході бесіди це припущення підтвердилося – хлопчики більш спокійно розповідали про себе, про свої проблеми зі здоров’ям, іноді навіть тоді, коли їх і не питали про це. Деякі діти коментували твердження № 6, говорили, що у них буває таке часто і що вони вже звикли. Ці фрази були сказані без негативних емоцій, що говорить про те, що ці діти звикли до свого діагнозу і сприймають це як природну частину себе. Дівчата говорили про неприязнь до лікарень, що вони хвилюються при потраплянні туди і бояться лікарів. Саме таке уявлення домінувало серед 6 дівчаток, які показали в результаті діагностики дуже високий рівень тривожності. Подібні судження були відзначені серед дітей з підвищеним рівнем тривожності.

Решта (12 дітей) спокійно міркували на різні теми, починаючи від навчання у школі, закінчуючи проблемами зі здоров’ям. Це говорить про позитивний емоційний розвиток та успішну соціалізацію. Серед цих дітей є багато таких, хто дружить між собою. Це в деякій мірі допомагає дітям зняти напругу і зменшити загальний рівень тривожності.

З метою виявлення емоційно-характерологічного базису особистості та тонких нюансів актуального емоційного стану соматично хворих дітей в експерименті було використано методику кольорових переваг М. Люшера. М. Люшер припустив, що якщо випробуваному пропонують оцінювати колір як такий, не асоціюючи його з будь-якими речами, то він буде орієнтуватися на об’єктивну структуру кольору, і якщо сигнальне значення певного кольору співпаде з можливостями і ведучою установкою його організму, то саме цей колір буде оцінено як найбільш приємний. На цих двох припущеннях і заснований тест кольорових переваг.

Основні кольори символізують основні психологічні потреби (потреба у задоволеності і прихильності, потреба в самоствердженні, потреба діяти і досягати успіху і потреба дивитися вперед і сподіватися), вони мають особливе значення. І якщо тест виконує здорова, врівноважена дитина, яка вільна від конфліктів і пригніченості, то 4 основних кольори повинні займати перші позиції. Додаткові кольори символізують негативні тенденції: тривожність, стрес, страх, смуток. Ці кольори в нормі повинні стояти в індиферентній зоні або відхилятися. Але на практиці часто виділяються і переміщуються до початку ряду на місце одного або кількох основних кольорів [8].

Результаті проведення методики кольорових переваг М. Люшера вказують, що основними проблемами соматично хворих дітей є взаємини з оточуючими, відчуття неповноцінності і компенсація. Ці висновки підтверджуються тим, що майже у половини вибірки (17 осіб) вибір найбільш приємного кольору припав на додаткові кольори. Тобто діти могли поставити на перше місце чорний, сірий або коричневий колір. Вибір дітей, що позначили зелений колір як неприємний, а чорний як приємний, вказує на те, що спостерігається напруга, викликана спробою впоратися з обставинами, які насправді вище сил і можливостей дитини, що, в свою чергу, породжує значну тривогу і відчуття неповноцінності, в яких дитина не зізнається. У своїх невдачах вона схильна звинувачувати оточуючих або незалежні від неї обставини. Якщо дитина сприймає червоний колір як приємний, а зелений як неприємний, це може свідчити про те, що як і раніше, спроба впоратися з обставинами викликає сильну тривогу і відчуття неповноцінності. Дитина намагається позбутися цього, віддаючи всі свої сили напруженій діяльності, хоче мати право діяти по-своєму. А надмірний самоконтроль може привести до некерованих спалахів гніву. Це означає, що дитина відзначила як найприємніший один з додаткових кольорів, а як самий неприємний – один з основних, що не є нормою, а свідчить про підвищену тривожність і компенсаторні тенденції.

Останнє підтвердилося й емпірично, у 21 дитини були виявлені механізми компенсації, що потім підтвердилося у бесіді, наприклад, одна дівчинка сказала, що хоче танцювати, але їй не дозволяють через проблеми зі здоров’ям, тому вона займається малюванням.

Негативні вибори жовтого та фіолетового кольорів свідчать про стрес, викликаний постійними зусиллями сховати занепокоєння і тривогу під маскою впевненості в собі і безтурботності. Існуюча ситуація неприємна для дитини. Потреба в спілкуванні з людьми, чиї норми та цінності були б такими ж високими, як і її, залишається незадоволеною. Хоче виділятися з натовпу і відчуття ізольованості перетворює цю потребу в непереборну спонукальну силу. Ця ситуація для неї особливо неприємна, оскільки зазвичай вона контролює свої бажання. Прагнучи довести іншим унікальність свого

характеру, вона намагається придушити в собі потребу в інших людях. А щоб приховати страх власної неповноцінності, напускає на себе вид безтурботної самовпевненості, висловлюючи своє презирство тим, хто критикує її поведінку. Проте, за удаваною байдужістю ховається потреба схвалення і успіху у оточуючих. Тобто можна говорити про розчарування, приховане удаваною байдужістю (група кольорів характеризує компенсацію).

Важливо відзначити, що більшість дітей виявили потребу в поліпшенні взаємин з оточуючими, які їх не влаштовують. Це підтверджено вибором чорного як позитивного, а синього як негативного кольору і вказує на те, що тривога і невдоволення обставинами або емоційними потребами викликали значний стрес. Основною причиною дитина вважає відсутність будь-якого розуміння з боку оточуючих. Виробляє в собі зневажливе ставлення до них.

Негативні вибори фіолетового та коричневого кольорів дає нам такі результати: у дитини є фрустрація потреби в близьких взаєминах, яка сублімується в художній або інтелектуальній творчості.

Якщо дитина розглядає жовтий та фіолетовий кольори як неприємні, то ми можемо сказати, що розчарування призвело до стриманого і недовірливого «віддалення» від інших та замкнутості. Дитина пригнічує свою вразливість і емоційність, розглядаючи їх як основу для формування ілюзій. Прагне за будь-яку ціну уникнути подальших розчарувань. Вона також вважає, що її обманюють і зловживають її довірою, тому замкнулася в собі і ретельно стежить за тим, щоб триматися подалі від інших. Мотиви інших людей в їх відношенні до неї піддає ретельній і критичній оцінці – щирі вони чи ні. Настороженість легко перетворюється на підозрілість і недовіру. «Обпікшись на молоці, на воду дуєш». Емоційне розчарування, що веде до настороженої недовіри до мотивів інших (група кольорів характеризує компенсацію).

Варто підкреслити наявність в емоційній сфері дітей, хворих на серцево-судинні захворювання, астенічних проявів, що підтверджено прийняттям зеленого кольору та неприйняттям червоного, що вказує на виснаження життєвої енергії, призводить до неможливості будь-якого подальшого підйому активності. Це відчуття безсилля викликає у дитини роздратування і гострий біль. Вона намагається позбутися цього, вперто відстоюючи свою точку зору. Проте загальний стан безпорадності часто визначає безуспішність цих спроб. Наступним кольоровим вибором був чорний як приємний та фіолетовий як неприємний колір. Цей вибір був неодноразовим серед дітей, та свідчить про те, що природна здатність дитини до всього підходити з позицій критичної «розбірливості» взяла перебільшену форму і перетворилася на ставлення «різкого критиканства», коли дитина заперечує усе, незважаючи на факти.

Багато дітей позначали червоний та фіолетовий кольори як негарні, що в свою чергу підтверджує припущення про те, що у дітей існує стрес, викликаний невдачею спроб домогтися розуміння і безпеки. Можливо серйозне нервове виснаження, а також порушення серцевої діяльності. Дитина відчуває сильні переживання, емоційне збудження, вона незадоволена ситуацією, що склалася, яку сприймає як неприємну і болісну, потребує розуміння та гарантій безпеки. Страждає від власного безсилля, невміння досягти бажаного, тому відчуває себе на грані нервового виснаження.

Виявлені позитивні інтерпретації у соматично хворих дітей виявляються у прагненні до гармонії, бажанні упорядкувати ситуацію, тенденції до саморозвитку, бажанні самостійно керувати своїм життям, прагненні до використання різних можливостей. Таким чином, діти намагаються іноді компенсувати те, чого їм бракує, і, не дивлячись на усі бар’єри, усі негативні емоціональні прояви та стани, вони прагнуть до розвитку, самостійності та гармонії.

Висновки і перспективи подальшого дослідження. Отже, за результатами проведеного дослідження можна констатувати, що дітям, які страждають на серцево-судинні захворювання, притаманні підвищена тривожність та астенічні стани, що проявляються як схильність до переживання стресів, емоційна напруга, постійна тривога, замкненість у собі, недостатність життєвих сил, труднощі у відносинах з іншими, дуже критична позиція, бажання залишитись у спокої, виснаження життєвої енергії, нервове виснаження, відчуття безсилля, стан безпорадності, сприйняття ситуації як неприємної і болісної, усвідомлення власного безсилля, сприйняття існуючої ситуації як мінливості долі, думка про те, що до людини пред'являються дуже високі вимоги.

Соматично хворі діти сприймають навколишній світ як дуже складний, спрямований проти них. Це призводить до виникнення труднощів у спілкуванні, невдоволеної потреби в емпатійних відносинах та взаєморозумінні, бажанні залишитися наодинці.

Виявлені в експерименті особливості емоційної сфери соматично хворих дітей вказують на необхідність психологічного супроводу процесу їх психічного розвитку і становлення особистості та впровадження корекційних заходів негативних емоційних станів та їх соціально-психологічних наслідків.

Список використаних джерел

1. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М.: Издательство Московского университета, 1987.
2. Лакосина Н. Д. Медицинская психология / Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков. – М., 1984.
3. Соколова Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е.Т. Соколова, В.Н. Николаева. – М.: «SvR-Аргус», 1995.
4. Власов В.Н. Постановка экспериментальных исследований по оценке сочетанного действия химических веществ, общей вибрации и шума на сердечно-сосудистую систему: Пособие для врачей / В.Н. Власов, Л.Н. Самыкина, А.В. Шумилина. – Самара-Тольятти, 2006.
5. Менделевич В.Д. Клиническая психология/ В.Д. Менделевич. – М.: «МЕДпресс», 2001.
6. Урванцев Л.П. Психология соматического больного / Л.П. Урванцев. – Ярославль, 2000.
7. Прихожан А.М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст / А.М. Прихожан – СПб.: «Питер», 2009.
8. Дубровская О.Ф. Руководство по использованию восьмицветового теста Люшера / О.Ф. Дубровская – М.: «Наука», 2008.

References transliterated

1. Nikolaeva V.V. Vlijanie hronicheskoj bolezni na psihiku / V.V. Nikolaeva. – M.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, 1987.
2. Lakosina N. D. Medicinskaja psihologija / N.D. Lakosina, G.K. Ushakov. – M., 1984.
3. Sokolova E.T. Osobennosti lichnosti pri pogranichnyh rasstrojstvah i somaticheskih zabolevanijah / E.T. Sokolova, V.N. Nikolaeva. – M.: «SvR-Argus», 1995.
4. Vlasov V.N. Postanovka jeksperimental'nyh issledovanij po ocenke sochetannogo dejstvija himicheskih veshhestv, obshhej vibracii i shuma na serdechno-sosudistuju sistemu: Posobie dlja vrachej / V.N. Vlasov, L.N. Samykina, A.V. Shumilina. – Samara-Tol'jatti, 2006.
5. Mendelevich V.D. Klinicheskaja psihologija/ V.D. Mendelevich. – M.: «MEDpress», 2001.
6. Urvancev L.P. Psihologija somaticheskogo bol'nogo / L.P. Urvancev. – Jaroslavl', 2000.
7. Prihozhan A.M. Psihologija trevozhnosti: doshkol'nyj i shkol'nyj vozrast / A.M. Prihozhan – SPb.: «Piter», 2009.
8. Dubrovskaja O.F. Rukovodstvo po ispol'zovaniju vos'micvetovogo testa Ljushera / O.F. Dubrovskaja – M.: «Nauka», 2008.

Malina O.H. Psychological analysis of the emotional sphere of somatically ill children. *The paper is dedicated to the results of the pilot study of the emotional sphere of somatically ill children with chronic cardiovascular diseases. Theoretical analysis of the problem and the results of the pilot study allowed us to determine that the presence of childhood illness causes special circumstances and specific situation of social development, which greatly complicate and distort the process of mental development and especially sharply manifested in actual emotional states of the child. Among the actual emotional states of the child dominate the expressed anxiety and asthenic states. Somatically ill children inherent low stress, emotional stress, selfisolation, difficulties in relationships with others, exhaustion of vitality, a sense of powerlessness, the state of helplessness, awareness of his own helplessness, hostility to the new circumstances and to the world, the social and psychological effects which are lowering self-esteem, communication difficulties and problems of loneliness.*

Keywords: *somatically ill children, emotional states, anxiety, stress, fatigue, decreased energy potential, self-esteem.*

УДК: 159.2 : 316.356.2 : 159.922.7

PERINATAL PSYCHOLOGY AS A NEW FIELD OF RESEARCH AND PSYCHOLOGICAL PRACTICE

N.O.Mosol

PhD, assistant professor, docent of chair of pedagogic and psychology of education,
Zaporizhzhya National University
nmosol@yahoo.com

Мосол Н.О. Перинатальна психологія як нова галузь досліджень та психологічної практики. *У статті визначено предмет, завдання та проблематику перинатальної психології. Розглянуто основні етапи становлення перинатальної психології як самостійної науки та особливості розвитку перинатальної психології в Україні; визначено зміст та специфіку діяльності перинатальних психологів. Аналізуються практичні аспекти перинатальної психології: психологічний супровід вагітних, робота з сім’ями, підготовка до пологів та батьківства. Перинатальний період розглядається як критичний етап розвитку особистості з погляду впливу на психічний та фізичний розвиток дитини. Автор також досліджує питання перинатального виховання, метою якого є встановлення міцного зв’язку батьків з дитиною та сприяння створенню оптимальних умов для гармонійного розвитку дитини.*

Ключові слова: *перинатальна психологія, дитина, майбутні батьки, родина, народження, перинатальний період, перинатальне виховання.*