

## ОСОБЛИВОСТІ МАНІФЕСТАЦІЇ АГРЕСИВНОСТІ У ПІДЛІТКІВ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

У статті представлено результати емпіричного дослідження особливостей маніфестації агресивності у підлітків з психосоматичними розладами. Виявлено типологію агресивності підлітків з психосоматичними захворюваннями. Встановлено взаємозв'язок між типологією аутоагресії та типами психосоматичних розладів. Знайдено статеві відмінності у розподілі типів агресивності підлітків з психосоматичними розладами.

**Ключові слова:** агресивність, психосоматичні розлади, психосоматичні захворювання, аутоагресія.

В статті представлені результати емпірического исследования особенностей манифестации агрессивности у подростков с психосоматическими расстройствами. Выявлено типологию агрессивности подростков с психосоматическими заболеваниями. Установлена взаимосвязь между типологией аутоагрессии и типами психосоматических расстройств. Найдено половые различия в распределении типов агрессивности подростков с психосоматическими расстройствами.

**Ключевые слова:** агрессивность, психосоматические расстройства, психосоматические заболевания, аутоагрессия.

### Актуальність дослідження

Попри значний інтерес до проблематики психосоматичних розладів питання пояснювальних концепцій формування психосоматичної патології у підлітковому віці лишається актуальним для загальної медицини, психіатрії і медичної психології. Одним із перспективних напрямів вивчення етіопатогенезу психосоматичних розладів в юнацькому віці в останні роки вважається встановлення взаємозв'язків між певними стабільними особистісними характеристиками та схильністю до розвитку психосоматичних захворювань. Оскільки дотепер не існує єдиного погляду на психосоматичні прояви агресії, дослідження, спрямовані на аналіз цього складного явища, не втрачають актуальності. При цьому вивчення механізмів та наслідків агресивності у підлітковому віці набуває сьогодні особливої значущості. Відповідно до мети нашої роботи одним із завдань дослідження було вивчення агресивності осіб, які страждають на психосоматичні розлади, та виявлення особливостей її прояву.

*Об'єкт дослідження* – особливості психосоматичних розладів у підлітковому віці.

*Предмет дослідження* – взаємозв'язок між типологією аутоагресії та видами психосоматичних розладів.

**Характеристика вибірки.** У дослідженні взяли участь загалом 102 особи. Було створено дві групи – експериментальну (підлітки, що страждають на психосоматичні захворювання) і контрольну (здорові підлітки).

До експериментальної групи увійшло 60 учнів 10–11 класів віком 15–17 років (56,7% дівчат та 43,3% хлопців). Середня тривалість захворювання у респондентів експериментальної групи становила 5,7+3,3 роки. Розподіл досліджуваних експериментальної групи за клінічними діагнозами представлено в *табл. 1*.

Таблиця 1

**Розподіл респондентів експериментальної групи  
за клінічними діагнозами**

Патологія (за системами)	К-сть (%)	Клінічні діагнози	К-сть
Бронхо- легенева	27 (45,0)	Бронхіальна астма	3
		Рецидивуючий бронхіт	14
		Рецидивуючий бронхіт з астматичним компонентом	10
Шлунково- кишкова	33 (55,0)	Хронічний гастрит	5
		Хронічний гастро- дуоденіт	6
		Рефлюкс-езофагіт	2
		Ерозивний бульбіт	3
		Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки	1
		Виразкова хвороба шлунку	8
		Дискінезія жовчних шляхів	5
		Хронічний ентероколіт	3

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 незначні (не більше 3 разів на рік) пропуски занять у зв'язку із певними захворюваннями. Група порівняння відповідала експериментальній за ознаками «вік» і «стать».

Для виявлення агресивних тенденцій у поведінці респондентів з метою підвищення психодіагностичної точності вимірювання нами було використано методики, які належать до різних діагностичних підходів. Їх результати взаємно коригують та доповнюють один одного. Для виявлення схильності до агресії ми використали проєктивну методику «Тест руки» Є.Вагнера та опитувальник рівня особистої агресивності А.Басса і А.Дарки.

*Методика «Тест руки»* (Hand-test Є.Вагнера) застосовувалась для діагностики схильності до агресивної поведінки, до

відкритого прояву агресії [1; 2]. Оцінка отриманих відповідей здійснювалась відповідно до таких категорій:

*Агресія.* Це відповіді, де рука представлена як така, що нападає, раниць, завдає шкоди, агресивно домінує або активно хапає іншу особу чи предмет.

*Директивність.* Ця категорія містить відповіді, де рука представлена такою, що керує, руйнує чи будь-яким чином впливає на іншу особу. Відповіді цієї категорії відбивають почуття зверхності.

*Страх.* Відповіді цієї категорії відбивають страх перед покаранням. Вони зменшують вірогідність явної агресивної поведінки. Категорія страху містить відповіді, де рука представлена як жертва власної агресії. Рука намагається запобігти фізичному насильству, що спрямоване на її власника.

*Афектація (прихильність).* Ця категорія містить відповіді, де рука виконує афективний жест чи афективно доброзичливий жест. Відповіді, які підраховуються за цією категорією, відбивають підвищену здатність до активного соціального життя. Вони передають прагнення суб'єкта співпрацювати з іншими з метою обміну емоціями.

*Комунікація.* Це відповіді, де рука спілкується чи намагається поспілкуватися з особою, що є рівною чи перевершує комунікатора. Вважається, що комунікатор більше потребує аудиторії, ніж вона його.

*Залежність.* Ця категорія містить відповіді, де рука активно чи пасивно шукає підтримки чи допомоги з боку іншої особи. Успішне втілення тенденції до цієї дії залежить від явної чи домислюваної необхідності у доброзичливому ставленні з боку інших осіб.

*Експібіціонізм.* Відповіді, де рука проявляє себе будь-як: «показує комусь руку», «грає на піаніно», «танцює», «милується нігтями», «показує обручку». Ці тенденції до дії є експібіціоністськими за характером.

*Каліцтво.* Ця категорія включає руки, які деформовані, ушкоджені. Відповіді відбивають відчуття фізичної неадекватності.

*Активна невиразність (безособовість) – моторна активність.* Категорія містить відповіді, де рука змінює своє фізичне положення чи опирається силі тяжіння.

*Пасивна невиразність – пасивність.* Відповіді, що відбивають невиразні тенденції до дії, де рука не змінює свого положення чи пасивно підпорядковується силі тяжіння.

*Опис.* Відповіді фізично описують руку – «красива рука», «некрасива рука».

Відповіді, які належать до двох перших категорій, оцінювались як такі, що пов'язані з готовністю до зовнішніх проявів агресивності, чотири наступні – як такі, що відбивають тенденцію до соціально адаптивних дій. Кількісний показник відкритої агресивної поведінки (індекс агресії, А) розраховувався як різниця між сумою відповідей за першими двома категоріями і

сумою «адаптивних» відповідей за умови, що кожна відповідь будь-якої категорії оцінювалась в 1 бал.

$A = \sum (\text{«агресія»} + \text{«директивність»}) - \sum (\text{«страх»} + \text{«афектація»} + \text{«комунікація»} + \text{«залежність»})$ .

Відповіді категорій «каліцтво» та ексгібіціонізм» при оцінці ймовірності агресивних проявів не враховувались [1].

Інтерпретація значень індексу агресії (А) здійснювалась так:

$A < 0$  – низька ймовірність відкритої агресії; за значень А, близьких до 0, існує ймовірність агресивних реакцій в особливо значущих ситуаціях.

$A = 0$  – певна схильність до відкритої агресії, що може проявлятися у спілкуванні з близькими людьми, але контролюється в умовах соціальної комунікації.

$A = 1$  – реальна ймовірність відкритої агресії.

$A > 1$  – висока ймовірність відкритої агресії, що підвищується зі зростанням значення індексу.

*Методика А. Басса і А. Даркі в адаптації О.К. Осницького* використовувалась з метою визначення рівня прояву різних форм агресії за самооцінкою [4].

Методика дає можливість охарактеризувати особистість за такими шкалами:

1. Фізична агресія – використання фізичної сили проти іншої людини.
2. Вербальна агресія – вираження негативних почуттів як через форму (сварка, галас), так і через зміст мовних звертань до інших (погрози, брутальні висловлювання, намагання зганьбити).
3. Непряма агресія – використання непрямим шляхом спрямованих проти інших чуток, пліток та прояв непорядкованих афектів у криках, тупотінні ногами тощо.
4. Негативізм – опозиційна форма поведінки, спрямована проти авторитетів та керівництва, яка може мати прояв від пасивного опору до активних дій проти вимог, правил, законів.
5. Роздратування – схильність до збудження, готовність виявити грубість, запальність.
6. Підозрілість, схильність до недовіри та обережного ставлення до людей, впевненість у недобрих намірах оточуючих.
7. Образа – прояв ненависті до оточуючих та заздрості, що обумовлено почуттям гніву, незадоволеності однією людиною або всім світом за дійсні або уявні страждання.
8. Почуття провини – ставлення та дії щодо себе або оточуючих, які спираються на переконання в тому, що респондент є поганою людиною або діє неправильно.

Розрахунок суми балів, помноженої на коефіцієнт, дозволяє одержати унормовані показники, які характеризують індивідуальні і групові результати (нульові значення не враховуються).

Сумарні показники:

$(1 + 2 + 3) : 3 = IA$  – індекс агресивності ( $N=21,0+4,0$ );

$(6 + 7) : 2 = IB$  – індекс ворожості ( $N=6,0+3,0$ ).

### Аналіз результатів

В інтерпретаціях стимульного матеріалу методики «Тест руки» С. Вагнера всіх осіб експериментальної групи наявні відповіді, які відносять до категорії «агресія». Частка відповідей респондентів групи порівняння, віднесена до цієї категорії, становила менше 100%, але статистично не відрізнялась від такої в осіб з психосоматичною патологією. При цьому частки інтерпретацій, віднесених до категорій «директивність» та «комунікація», у підлітків групи порівняння були достовірно більшими, ніж у респондентів експериментальної групи (табл. 1).

Таблиця 1

### Розподіл категорій за методикою «Тест руки» С. Вагнера в експериментальній ( $N=60$ ) і контрольній ( $N=42$ ) групах

Категорії	Частки інтерпретацій у групах		Достовірність різниці (p)
	Експериментальна абс. (%)	Порівняння абс. (%)	
Агресія	60 (100)	37 (88,1)	–
Директивність	26 (43,3)	39 (92,9)	$p<0,01$
Страх	33 (55,0)	35 (83,3)	–
Афектація	34 (56,7)	28 (66,7)	–
Комунікація	27 (45,0)	29 (69,0)	$p<0,05$
Залежність	24 (40,0)	20 (47,6)	–
Експібіціонізм	12 (20,0)	13 (31,0)	–
Каліцтво	22 (36,7)	14 (33,3)	–
Активний невиразний	24 (40,0)	16 (38,1)	–
Пасивний невиразний	16 (26,7)	11 (26,2)	–
Опис	20 (33,3)	17 (40,5)	–

Індекс агресії для кожного із респондентів розраховувався за результатами категоризація наданих ними інтерпретацій стимульного матеріалу. При порівнянні розподілу значень індексу агресії А в підгрупах здорових осіб і осіб з психосоматичною патологією виявлено, що частка осіб з високою імовірністю агресії в експериментальній групі є достовірно більшою (41,7%), ніж у групі порівняння (19,1%) –  $p<0,05$ . Водночас частка осіб з низькою імовірністю відкритої агресії в експериментальній групі є достовірно меншою, ніж в групі порівняння.

Відповідно, і середні значення А виявились достовірно відмінними: середнє значення індексу агресії в групі осіб з психосоматичною патологією становило  $2,6 \pm 1,5$  і було достовірно більшим ( $p < 0,05$ ), ніж середнє значення А в групі порівняння, яке дорівнювало  $1,1 \pm 0,9$ .

При порівнянні характеру розподілу інтерпретацій матеріалу методики «Тест руки» здоровими респондентами і особами з психосоматичною патологією залежно від статі виявлено, що як дівчата, так і юнаки групи порівняння дають більше інтерпретацій, що можна віднести до категорії «директивність». Відмінності виявлено також стосовно категорій «активний невиразний». Для категорії «комунікація» достовірна різниця часток зафіксована лише для юнаків – в групі порівняння особи чоловічої статі частіше за осіб експериментальної групи давали інтерпретації, що можна віднести до цієї категорії (таб. 2).

Таблиця 2

**Розподіл категорій за методикою «Тест руки»  
С. Вагнера в експериментальній (N=60) і контрольній  
(N=42) групах залежно від статі**

Категорії	Розподіл відповідей за категоріями			
	Юнаки		Дівчата	
	Експеримент абс. (%)	Порівняння абс. (%)	Експеримент абс. (%)	Порівняння абс. (%)
Агресія	26 (100)	15 (84,2)	34 (100)	22 (95,7)
Директивність	11 (42,3)*	17 (89,5)	15 (44,1)**	22 (95,7)
Страх	15 (57,7)	11 (57,9)	18 (52,9)	14 (60,9)
Афектація	13 (49,8)	12 (63,2)	21 (61,8)	16 (69,6)
Комунікація	12 (46,0)*	14 (73,7)	15 (44,1)	15 (65,2)
Залежність	9 (33,5)	8 (42,1)	15 (44,1)	12 (52,1)
Експібіціонізм	4 (15,4)	5 (26,3)	8 (23,5)	8 (34,8)
Каліцтво	10 (38,5)	8 (42,1)	12 (35,3)	6 (26,1)
Активний-невиразний	7 (26,9)*	11 (57,5)	17 (50,0)*	5 (21,7)
Пасивний-невиразний	7 (26,9)	5 (26,3)	9 (26,5)	6 (26,1)
Опис	8 (30,8)	8 (42,1)	12 (35,3)	9 (39,1)

\* – різниця достовірна при  $p < 0,05$

\*\* – різниця достовірна при  $p < 0,01$

Враховуючи характерологічні особливості підлітків експериментальної групи, можна припустити, що ці дані відбивають тривожно-суперечливе, напружено-тривожне ставлення до оточення: з одного боку, готовність сприймати його як недоброчливе, таке, що становить небезпеку підкорення та пригнічення

(ймовірно, внаслідок дії механізму проєкції), а з другого, – готовність «здобути користь» у міжособистісній взаємодії [2], пов'язану з емоційно-вольовою нестійкістю, сенситивністю підлітків з психосоматичними розладами.

Дані щодо розподілу інтерпретацій стимульного матеріалу методики «Тест руки» в підгрупах осіб з бронхолегеневою патологією залежно від статі подані в табл. 3.12. Як бачимо, частки наданих інтерпретацій, віднесених до категорій «директивність», «афектація», «активно невиразний» і «опис» суттєво різняться у відповідях юнаків та дівчат із захворюваннями бронхолегеневої системи.

Аналізуючи розподіл значень індексу агресії в підгрупах осіб експериментальної групи з урахуванням відповідей осіб з бронхолегеневою патологією і захворюваннями шлунково-кишкового тракту, слід зазначити, що близько половини всіх обстежених (41,7%) виявляють високу ймовірність відкритої агресії, при цьому більша частина цих осіб припадає на підлітків із захворюваннями шлунково-кишкового тракту (48,5% від цієї підгрупи). Частка підлітків з імовірною агресією є достовірно більшою серед осіб із захворюваннями бронхо-легеневої системи ( $p < 0,05$ ) (табл. 3).

Таблиця 3

**Розподіл значень індексу агресії (А) в підгрупах осіб з захворюваннями БЛС (N=27) і ШКТ (N=33)**

Значення А	БЛС абс. (%)	ШКТ абс. (%)	Достовірність різниці (р)	Загалом абс. (%)
< 0	3 (11,1)	5 (15,2)	–	8 (13,3)
0	6 (22,2)	7 (21,2)	–	13 (21,7)
1	9 (33,3)	5 (15,2)	$p < 0,05$	14 (23,3)
> 1	9 (33,3)	16 (48,5)		25 (41,7)
Всього	27 (100)	33 (100)		60 (100)

Отже, за даними обстеження за допомогою методики «Тест руки» Е. Вагнера у підлітків з психосоматичною патологією виявлено в середньому більші значення індексу агресії, ніж у респондентів групи порівняння. Порівняно зі здоровими підлітками, особи із психосоматичною патологією більш схильні до агресії. Найбільше значення А виявлено у підлітків із захворюваннями шлунково-кишкового тракту, відповідно, у цих підлітків частіше, ніж в інших обстежених виявлено високу ймовірність відкритої агресії.

Дослідження агресивності осіб експериментальної та контрольної груп за допомогою методики А. Басса і А. Даркі дозволило отримати наступні результати. При оцінці показників

агресивності у підлітків з групи порівняння враховувались дані щодо часток результатів, які перевищують середньонормативні показники, а також дані порівняння середніх по групам здорових осіб і осіб із психосоматичною патологією (табл. 4).

Таблиця 4

## Середні показники агресії за методикою

## А. Басса і А. Даркі в експериментальній групі (N=60) та групі порівняння (N=42)

Субшкали	Середній показник в балах		Достовірність різниці (p)
	Експеримент M ± m	Порівняння M ± m	
Фізична агресія	4,3 ± 2,2	4,2 ± 2,3	–
Вербальна агресія	6,9 ± 3,4	6,7 ± 4,6	–
Непряма агресія	7,2 ± 1,7	5,1 ± 1,3	p<0,05
Негативізм	3,8 ± 0,7	1,8 ± 0,9	p<0,05
Роздратування	6,2 ± 1,3	4,1 ± 2,6	–
Підозріливість	6,3 ± 3,5	4,5 ± 3,9	–
Образа	5,9 ± 2,7	3,8 ± 2,8	–
Почуття провини	4,2 ± 3,4	2,9 ± 2,2	–

Порівняння середніх показників агресивності у підлітків експериментальної групи та групи порівняння виявляє розбіжності лише в двох характеристиках: «непряма агресія» та «негативізм». Однак, навіть ці дані дозволяють припустити відмінність у патернах прояву агресивності в осіб з психосоматичною патологією порівняно зі здоровими. Це припущення підтверджується оцінкою комплексних показників агресивності порівнюваних груп (рис. 1).

Для контрольної групи індекси агресивності і ворожості становлять, відповідно,  $23,6 \pm 4,3$  і  $4,3 \pm 3,7$  й суттєво не відрізняються від середньонормативних. При цьому середні значення індексу агресивності статистично не розрізняються в групах осіб з психосоматичними захворюваннями та здорових, а ІВ підлітків експериментальної групи достовірно перевищує ІВ, розрахований для групи порівняння.





Рис. 1. Середні значення індексу агресивності (ІА) та індексу ворожості (ІВ) за методикою А. Басса і А. Даркі респондентів експериментальної і контрольної груп

Досліджуючи схильності до агресії та форми її прояву залежно від статі, отримано наступні результати (таб. 5). Дівчата з психосоматичними захворюваннями є загалом більш агресивними, про що свідчить статистично значуще переважання часток осіб з підвищенням комплексних характеристик агресивності (ІА, ІВ), а також осіб зі схильністю до фізичної та непрямой агресії, негативізму, роздратування, підозрливості і почуттям провини.

Юнаки із захворюваннями психосоматичної генези також є більш агресивними за підлітків з групи порівняння, але характеристики переживань та поведінки в них дещо інші: вони не частіше за здорових схильні до фізичної агресії та переживання почуття образи і провини, решта показників агресивності в них, як і в дівчат, частіше перевищує норму.

Як свідчать дані, представлені в табл. 4, 5, та 6, за проявами агресивності загальна група осіб з психосоматичними розладами суттєво відрізняється від групи порівняння: вони частіше схильні до непрямой агресії, опозиційних реакцій та підозрливості. В них також помітна тенденція до накопичення почуття образи, обумовленої гнівом, невдоволеністю і пов'язаною зі стражданням. Цей результат відповідає даним обстеження за допомогою "Тесту руки", відповідно до яких, порівняно зі здоровими підлітками, особи з психосоматичною патологією більш схильні до агресії.

Таблиця 5

**Частоти підвищених показників агресивності  
в експериментальній (N=60) та контрольній (N=42) групі  
залежно від статі за методикою А. Басса і А. Даркі**

Субшкали	Частоти у підгрупах			
	Юнаки		Дівчата	
	Експери- мент абс. (%)	Порів- няння абс. (%)	Експери- мент абс. (%)	Порів- няння абс. (%)
Фізична агресія	8 (30,8)	4 (21,1)	2 (5,9)*	0 (0)
Вербальна агресія	4 (15,4)*	1 (5,3)	12 (35,3)	6 (26,1)
Непряма агресія	13 (49,8)**	2 (10,5)	21 (61,8)*	9 (39,1)
Негативізм	14 (53,8)*	5 (26,3)	16 (47,1)**	3 (13,0)
Роздратування	12 (46,0)*	4 (21,1)	18 (52,9)*	6(26,1)
Підозрілість	8 (30,8)*	3 (15,8)	16 (47,1)**	2 (8,7)
Образа	6 (23,0)	3 (15,8)	11 (32,4)	5 (21,7)
Почуття провини	8 (30,8)	5 (26,3)	12 (35,3)*	4 (17,4)
IA	13 (49,8)**	1(5,3)	13 (38,2)**	3 (13,0)
IB	8 (30,8)**	2 (10,6)	16 (47,1)**	3 (13,0)

\* – різниця достовірна при  $p < 0,05$ \*\* – різниця достовірна при  $p < 0,01$ 

Таблиця 6

**Частоти підвищених показників агресивності  
в респондентів експериментальної групи (N=60)  
та контрольної (N=42) груп за методикою  
А. Басса і А. Даркі**

Субшкали	Частки у підгрупах		Достовірність різниці (p)
	Експеримент абс. (%)	Порівняння абс. (%)	
Фізична агресія	10 (16,7)	4 (9,5)	–
Вербальна агресія	16 (26,7)	7 (16,6)	–
Непряма агресія	35 (58,3)	11 (26,2)	$p < 0,05$
Негативізм	30 (50,0)	8 (19,0)	$p < 0,01$
Роздратування	30 (50,0)	10 (23,8)	$p < 0,01$
Підозрілість	24 (40,0)	5 (11,9)	$p < 0,01$
Образа	17 (28,3)	8 (19,0)	–
Почуття провини	20 (33,3)	9 (21,4)	
IA	26 (43,3)	4 (9,5)	$p < 0,01$
IB	24 (40,0)	5 (11,9)	$p < 0,01$

Порівняльні характеристики агресивності підлітків експериментальної групи залежно від особливостей психосоматичної патології наведено в *табл. 7*.

Частки осіб з підвищенням індексів агресивності і ворожості є достовірно відмінними в підгрупах підлітків із захворюваннями бронхолегеневої системи та розладами функції ЖКТ: у перших частіше спостерігається підвищення ІА, а в других – підвищення ІВ. Середні значення ІА та ІВ, розраховані для осіб з бронхолегеневою патологією та захворюваннями шлунково-кишкового тракту, не є статистично відмінними.

Таблиця 7

**Частоти підвищених показників агресивності  
в підгрупах осіб із захворюваннями БЛС (N=27)  
та ШКТ (N=33) (за методикою А. Басса і А. Даркі)**

Субшкали	Частки у підгрупах			Достовірність різниці (p)
	БЛС абс. (%)	ШКТ абс. (%)	Всього абс. (%)	
Фізична агресія	4 (14,8)	6 (18,2)	10 (16,7)	–
Вербальна агресія	8 (29,6)	8 (24,2)	16 (26,7)	–
Непряма агресія	19 (70,4)	16 (48,5)	35 (58,3)	p<0,05
Негативізм	15 (55,6)	15 (45,5)	30 (50,0)	–
Роздратування	10 (37,0)	20 (60,6)	30 (50,0)	p<0,05
Підозрілість	6 (22,2)	18 (54,5)	24 (40,0)	p<0,01
Образа	9 (33,3)	8 (24,2)	17 (28,3)	–
Почуття провини	3 (11,1)	17 (51,5)	20 (33,3)	p<0,01
ІА	17 (73,3)	9 (27,3)	26 (43,3)	p<0,01
ІВ	2 (7,4)	22 (66,7)	24 (40,0)	p<0,01

Підлітки із захворюваннями шлунково-кишкового тракту потенційно мають найвищу ймовірність відкритої агресії. Однак при цьому в них виявлено і найменше значення показника (ІА/ІВ). Отже, якщо враховувати реальність патогенетичного механізму розвитку психосоматичних розладів через спрямування агресивних імпульсів всередину [3, 5], то для респондентів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту така небезпека є більшою порівняно із підлітками, що страждають на захворювання бронхолегеневої системи.

### Висновки

За результатами застосування методики «Тест руки» Є. Вагнера, підлітки з психосоматичною патологією схильні до агресії більше, ніж здорові підлітки з групи порівняння. Індекси агресії в групах підлітків із захворюваннями шлунково-кишкового тракту і бронхолегеневої системи становлять відповідно  $3,1 \pm 0,9$  і  $2,1 \pm 0,9$  умовні бали і достовірно перевищують середнє значення індексу агресії, розраховане для групи порівняння (p<0,05).

Результати дослідження за методикою А. Басса і А. Даркі свідчать, що за проявами агресивності група підлітків з психосоматичними розладами суттєво відрізняється від групи порівняння: вони статистично частіше схильні до непрямой агресії, опозиційних реакцій (негативізму, що проявляється в пасивному опорі соціальним нормам і вимогам) та підозрливості. В них також помітна тенденція до накопичення почуття образи, обумовленої гнівом, невдоволеністю і пов'язаною зі стражданнями.

Загалом варто зазначити, що виявлені нами характеристики осіб експериментальної групи свідчать про накопичення потужного агресивного потенціалу з утрудненням його поведінкового відреагування і високою імовірністю спрямування агресивних імпульсів «всередину». В цьому випадку еквівалентом аутоагресії виступає розвиток психосоматичної патології, що обумовлює «розрядку» негативного афекту через механізм конверсії (в осіб з патологією шлунково-кишкового тракту) та витіснення (в осіб із захворюваннями бронхо-легеневої системи).

### **Список використаних джерел**

1. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. – Киев: Наук. думка, 1989. – 200 с.
2. Елисеєв О.П. Практикум по психологии личности. – СПб.: Питер, 2005. – 512 с.
3. Макарова О.Ф. Подростки: агрессивность и психосоматика // Журнал практического психолога. – 1999. – № 7–8.
4. Терлецька Л.Г. Вікова психологія і психодіагностика: У 3 ч. – К.: АПСВ, 2004. – Ч. II. – 222 с.
5. Холмогорова А., Гаранян Н. Эмоциональные расстройства и современная культура на примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств.

The article presents the results of an empirical study of the manifestation of aggression in adolescents with psychosomatic disorders. Determined a typology of aggressive adolescents with psychosomatic diseases. The interrelation between the typology of autoaggression and types of psychosomatic disorders is established. Found sex differences in the distribution of types of aggressive adolescents with psychosomatic disorders.

**Key words:** aggression, psychosomatic disorders, psychosomatic diseases, autoaggression.

*Отримано: 04.09.2009*