

important to take into account its relations with such concepts: social role, personality status, structure of role behavior.

Accordingly, the role-based behavior of a person largely depends on how he or she evaluates, compares with his / her "I" the role, on his / her will, desires, motives, abilities, interests. At the same time, the peculiarities of role behavior affect the personal properties of individuals, that means that the role becomes a personal characteristic of the individual, provided that it is accepted by the individual, when a person feels a role identity types as follows: gender, group, professional, linguistic.

Keywords: socialization, student youth, role behavior, social role, personality status, indexes of role conduct.

УДК 159.9

Н.О. Євдокимова, О.М. Раткогло

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ОНКОХВОРОЇ ЛЮДИНИ

Н.О. Євдокимова, О.М. Раткогло. Психологічний статус онкохворої людини. У статті наведено статистичні дані щодо зростання кількості хворих на онкологію, що є підставою до акцентування на профілактиці онкопатології та важливості психологічної допомоги хворим. Наголошується, що онкологічне захворювання призводить до виникнення набагато більш серйозних психосоціальних наслідків, аніж будь-яке інше захворювання, що пояснюється множинними стресами на різних етапах розвитку захворювання.

Підкреслюється, що онкологічне захворювання традиційно належить до групи невиліковних, воно перетворює лише факт постановки діагнозу у серйозну психічну травму людини. Визначено найважливіші завдання психолога та зміст його роботи з онкохворими.

Ключові слова: онкологія, онкопатологія, хворий на онкологію, важке захворювання, психологічний портрет, психологічна підтримка онкохворих.

Н.А. Евдокимова, Е.Н. Раткогло. Психологический статус онкобольного. В статье приведены статистические данные относительно роста количества больных онкологией, что является основанием для акцентирования на профилактике онкопатологии и важности психологической помощи больным. Отмечается, что онкологическое заболевание приводит к возникновению гораздо более серьезных психосоциальных последствий, чем любое другое заболевание, что объясняется множественными стрессами на разных этапах развития заболевания.

Подчеркивается, что онкологическое заболевание традиционно относится к группе неизлечимых, оно превращает лишь факт постановки диагноза в серьезную психическую травму человека. Определены важнейшие задачи психолога и содержание его работы с онкозаболеваниями.

Ключевые слова: онкология, больной онкологией, онкопатология, тяжелое заболевание, психологический портрет, психологическая поддержка онкобольных.

Постановка проблеми. Статистика свідчить, що за останні 100 років в рівнем захворюваності та смертності онкопатологія змістилася з

десятого місяця на друге, поступаючись лише хворобам серцево-судинної системи. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), до 2020 р. онкопатологія вийде на перше місце, а за даними Американської асоціації госпіталів, це відбудеться вже за 5 років. За даними ВООЗ, щороку хворіють 10 млн осіб. Рак є причиною понад 15 % всіх смертей, основне зростання нових випадків раку припадає на країни Азії й Африки, а також СНД. Фахівці вважають, якщо найближчими 15-20 роками не буде розроблено ефективної профілактики, то кількість хворих на рак зросте до 20 млн., а число смертей – до 12 млн.

В Україні реєструється вищий рівень захворюваності щодо онкології порівняно зі світовими стандартами – 384,9 проти 229,3 на 100 тис. населення [2]. За останні десять років кількість хворих в Україні зросла на 25%, загальна чисельність населення скоротилася на 4 млн осіб. Онкологічна захворюваність стабільно зростає на 2,6-3 % на рік, і рак продовжує "молодіти" [4]. Загроза для життя, побічні ефекти протипухлинної терапії, постійна настороженість щодо повернення хвороби викликають розвиток широкого спектру психодезадаптивних станів та клінічно окреслених психічних розладів [4; 5]. Вплив онкологічної патології на психіку хворих та осіб, що оточують пацієнта, зумовлює потребу у психологічній допомозі [6].

Одним із головних чинників стану хворого є його психологічне здоров'я, що дотепер було об'єктом наукових досліджень, які здійснювалися з метою вивчення психологічного стану онкологічного хворого з позиції останнього на діагноз, або характеристики стресу і формування реакції організму при виникненні онкологічного захворювання. Онкологічне захворювання призводить до виникнення набагато більш серйозних психосоціальних наслідків, аніж будь-яке інше захворювання. Це пояснюється тим, що воно асоціюється з потужними множинними стресами, котрі виникають із різних джерел, причому ці стреси впливають на людину на різних етапах розвитку захворювання.

Метою статті є визначення типових реакцій хворого на факт онкологічного захворювання та надання рекомендацій щодо підтримки психологічного здоров'я хворого на всіх етапах лікування.

Завданнями статті є визначення стадій кризи, через котрі проходить кожен пацієнт, реагуючи на звістку про виявлення онкології, та надання рекомендацій щодо запобігання депресивних проявів у хворих і підвищення якості їхнього життя.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз фахової літератури засвідчує, що всі психологічні дослідження здійснювалися серед онкологічних хворих із метою вивчення: реакції організму на стреси, що призводять до виникнення злоякісних пухлин, та зміни психологічної кар-

тини у процесі стандартного лікування пухлинної хвороби. Онкологічне захворювання традиційно належить до групи невиліковних, що перетворює факт постановки діагнозу у серйозну психічну травму людини. Ця хвороба характеризується набором специфічних особливостей, котрі зачіпають значущі для пацієнта сфери життя. В. Д. Менделевич [2] виділяє параметри, на підставі котрих оцінюється будь-яка хвороба і формується психологічне ставлення до неї:

- вірогідність смертельного результату;
- вірогідність інвалідизації та хронічного перебігу хвороби;
- больова характеристика хвороби;
- необхідність радикального чи паліативного лікування;
- вплив хвороби на можливість підтримувати колишній рівень спілкування;
- соціальна значущість хвороби і традиційне ставлення до хворого з боку мікросоціуму;
- вплив хвороби на сімейну та сексуальну сфери;
- вплив хвороби на сферу розваг та інтересів.

Це своєрідна схема питань, на які хворий хотів би отримати, природно, позитивні відповіді. Відсутність таких або хоча б однієї з відповідей стає причиною психічних переживань, розладів, що виявляються у формі хронічного стресу, і впливають на виникнення та перебіг онкологічного процесу.

Т.І. Іонова [1] зазначає, що медичний прогноз перебігу онкологічної патології зумовлюється якістю життя хворого й характером психологічної адаптації до хвороби, а також психологічним статусом.

Завдяки дослідженням, проведеним у руслі нового напрямку сучасної психосоматики – "психоонкології" [1], показано, що якість життя онкологічних хворих має велику прогностичну значущість щодо ефективності лікувальних заходів, аніж загальновідомі клінічні дані про стадію захворювання та первинну реакцію пухлини на лікування.

Інший напрям досліджень, що проводяться психоонкологами – вивчення характерних рис онкологічних хворих, тобто тих особливостей, які вже діагностувалися при хворобі. Але переважна більшість досліджень носить більшою мірою психіатричний характер, аніж психологічний. У низці досліджень описується поширеність психіатричних порушень серед випадково відібраних амбулаторних та стаціонарних хворих, виявлених за допомогою структурованих опитувань у двох дослідницьких центрах США (Derogatis та ін.). Виявлено, що 47 % хворих мали психіатричні розлади, з них: 68 % – порушення адаптації, 8 % – органічні ураження ЦНС і 11 % страждали від тих психіатричних розладів, що спостерігалися у них раніше. З тих пір як Morris та ін. (1977) повідомили про перше контрольоване психологічне дослідження жінок з раком грудей, отримано чималий об-

сяг знань про психологічні наслідки для хворих на різні види раку, наприклад, рак грудей (Maguire, Kemeny, Irvine та ін.), рак шлунку та підшлункової залози (Holland та ін.) [6; 7].

У своєму літературному огляді Northhouse&Nourthouse (1987) автори показали, що втрата почуття контролю стала найважливішою психологічною проблемою онкологічних хворих. Було показано, що відчуття контролю корелює з подальшим психологічним пристосуванням у хворих на рак грудей, легенів, прямої кишки. Наприклад, виділяються такі індивідуальні особливості онкохворих: реактивна, але неглибока депресія; поміркованість, збіднення емоційної сфери, пасивність, оптимізм, виражений в надії на позитивний результат; тенденція до спрощення ситуації, що склалася, і до витіснення зі свідомості важких переживань; ретроспективна переоцінка свого здоров'я та недооцінка об'єктивної симптоматики. Поряд з більш низькою, ніж у нормі, оцінкою негативних об'єктів виступає більш висока оцінка позитивних об'єктів. Результати зарубіжних досліджень (A. D. Weisman) показали, що онкологічним хворим властиві ще й такі особливості як зниження рівня мотивації, емоційна глухість [3].

Однак, сьогодні друкованих праць, присвячених особливостям клініки, діагностики та перебігу нециркулярних депресій при онкологічних захворюваннях, ще недостатньо.

Виклад основного матеріалу і результатів дослідження. В онкологічних хворих на всіх етапах лікувального процесу спостерігаються психогенні реакції, що розрізняються за ступенем виразності, клінічними проявами і психологічним змістом. З точки зору клінічної психології, онкологічні захворювання часто класифікують як кризові та екстремальні ситуації.

Ситуація зустрічі з онкологічним захворюванням є для кожного хворого, безумовно, конфліктною, причому цей конфлікт має чисто психологічний характер, бо насамперед він пов'язаний з безпосередньою загрозою для життя. Хворий, потрапляючи в подібну ситуацію, перед обличчям небезпеки відчуває тривогу, страх, що найчастіше призводить до фіксації психічних порушень та дезорганізації поведінки. Загроза для життя призводить до високого рівня емоційної напруги і порушення значущих відносин особистості. Ступінь виразності реакції коливається від легкої до важкої: причому, під першою розуміється комплекс не різко виражених розладів, що наближаються до невротичного рівня, а при важкому ступені сила переживань сягає значної інтенсивності, досягаючи майже психотичного рівня. Проміжне положення займає середній ступінь виразності реакції, що відповідає невротичному рівню. До провідного розладу при цих реакціях відносяться: тривога, що досягає іноді рівня страху чи навіть жаху, зниження настрою (від сумного, сумного – до глибокої туги), апа-

тія, іноді дисфорія (тужно-злісний настрій). Ступінь та її симптоматика пов'язані, насамперед, з тим чи іншим етапом лікувального процесу і преморбідними особливостями особистості хворих.

Усвідомлення пацієнтом несприятливого прогнозу онкологічного захворювання часто призводить до важкої депресії. При цьому неповна вербальна інформація у поєднанні з трагічною мімікою близьких й унікаючою поведінкою медичного персоналу негативно впливає, посилює реакцію пацієнта на хворобу. Особливими ознаками, притаманними таким ситуаціям, є: руйнування картини світу, раптовість появи, відсутність контролю над ситуацією, певна стадійність протікання як самого захворювання, так і реакцій на нього. Хвора людина відчуває внутрішній тупик свого становища, який блокує нормальний перебіг життя. Поширеність депресії серед онкологічних хворих значно вища, ніж у загальній популяції, і, за даними спеціалістів, становить від 33 до 42 %. Духовні потреби особистості фруструються, що позначається на потребі у самоактуалізації. Під час психологічної кризи відбувається втрата суб'єктивного сенсу життя, найважливіших орієнтирів і цінностей, відновлення котрих неможливе без докорінної реконструкції особистості. Симптоми депресії діагностуються у кожного четвертого онкологічного хворого і найчастіше зустрічаються на пізніх етапах перебігу онкологічного захворювання. У термінальній стадії раку депресія виявляється у третини, а за іншими даними – у 75% пацієнтів. Депресивні стани обтяжують перебіг зазначених захворювань, відхиляють їхній перебіг від типових варіантів, чим утруднюють діагностику, знижують ефективність лікування, профілактики та реабілітації, виснажують особистісні ресурси та негативно впливають на адаптаційні можливості хворих, знижують якість їхнього життя, підвищують відсоток інвалідності. Хвора людина відчуває внутрішній тупик свого становища, що блокує нормальний перебіг її життя.

Онкологічний процес для психічної діяльності можна схарактеризувати у двох важливих аспектах. З одного боку (психогенного), діагноз захворювання, котре традиційно зараховують до групи невиліковних, перетворює один лише факт захворювання у серйозну психічну травму, здатну сформувати психічні порушення психогенно-реактивного характеру. З іншого (соматогенного) – онкологічна патологія може розглядатися як крайній, один з найбільш важких у соматичному плані чинник, із комплексом психічної та фізичної астенії, виснаженням, що істотно впливає на психічну діяльність і формує соматогенні психічні розлади. До того ж, якщо онкологічний процес локалізується в гормонозалежних і гормонотрофних органах, то є великий ризик розвитку так званого психоендокринного симптомокомплексу зі специфічними клінічними проявами.

Реагуючи на звістку про виявлення онкологічного захворювання, кожен пацієнт проходить через кризу з зазначеними нижче етапами: заперечення, гнів, торги, депресія, примирення. Такі стадії є нормальною психологічною реакцією пацієнта на психогенний вплив і не відносяться до психічних розладів. Стадії кризи визначають психокорекційну роботу, спрямовану на оптимізацію лікувального процесу та підвищення якості життя хворого.

Схарактеризуємо кризові стадії онкохворого.

1-а стадія – "заперечення і відчуження" – виникає слідом за першим припущенням про наявність у пацієнта злякисного новоутворення. Характеризується запереченням наявності у себе онкологічної патології, применшенням тяжкості свого стану, переконаністю, що діагноз є помилковим. Емоційна шокова реакція зовні виражається в тривозі, страху, депресії або бажанні померти. Оскільки етіологія багатьох форм раку недостатньо вивчена, іноді пацієнти починають звинувачувати у виникненні захворювання себе. Деякі, вважаючи хворобу контагіозною, обмежують контакти, боячись заразити близьких. У пацієнта включаються механізми психологічного захисту свого "Я". Він починає заперечувати наявність у нього захворювання, запевняючи себе і близьких, що "все минеться". Своєю поведінкою він закликає оточуючих прийняти його позицію, позбавивши свою свідомість від необхідності прийняти хворобу. Іноді заперечення хвороби може бути для того, аби заспокоїти себе чи своїх близьких, нібито нічого не трапилось.

2-а стадія – "злість" – починається з точного підтвердження діагнозу та початку лікування. Вона характеризується питанням: "Чому Я?". На цій стадії уже частково усвідомлюється реальність, але настає нова хвиля емоційного сплеску. Часто спостерігається реагування з обвинуваченнями та виплесками злості на адресу медичного персоналу, що захищає пацієнта від внутрішнього конфлікту. На цій стадії можливі суїцидальні спроби. У цей період можлива категорична відмова хворого від подальшого лікування і співпраці з лікарем, спроба втечі з лікарні.

3-я стадія – "торг" – характеризується намаганням зробити щось (бути кращим, більше молитись, допомогати іншим хворим), аби змінився діагноз, або щоб хоч на якийсь час не було болю, процедур, лікарні. Торг – це намагання відкласти неминучі подальші прояви хвороби і можливу смерть. Ця стадія вимагає серйозної роботи фахівців (психологів, соціальних педагогів), у першу чергу з – найближчим оточенням, оскільки від раціональності та усвідомленості їхнього сприймання може залежати стан самого хворого, особливо якщо хворий – дитина.

4-а стадія -- "депресія" – відбувається розгортання класичної клінічної картини реактивної депресії. Пацієнт вже не може заперечувати свою хворобу, тому постійно перебуває у похмурому настрої, прагне до самот-

ності. Він стає апатичним, млявим і байдужим (демонструє повну відсутність інтересу до сім'ї та близьких). Характерними є ілюзорні переживання – віщі сновидіння і передчуття. У цей період не виключена можливість суїцидальної спроби. На цій стадії хворого важливо відволікти, щоб він не проводив багато часу наодинці.

5-а стадія – "прийняття" – відбувається примирення з хворобою. Плин часу для хворого сповільнюється, оскільки він оцінюється як щось дуже значуще. Часто у роздумах хворого домінують релігійні уявлення, віра у безсмертя. Нерідко на цій стадії пацієнти відчувають особливе відчуття свободи, навіть ейфорію.

Більшості людей, які страждають онкологічними захворюваннями, властиві риси особистісного інфантилізму, труднощі осмислення пропонувананих понять, переважання екстернального локус-контролю, труднощі сприймання, усвідомлення і реагування на психотравмуючі ситуації.

Уся сутність хворого змінюється з фактом хвороби. Всі, хто оточує людину, часто включаючи і лікаря, помічають тільки одне – фізичний факт онкологічного захворювання, і все лікування адресується виключно тілу людини, але не її особистості та психологічному здоров'ю. У міжособистісних стосунках онкохворі переживають кризу.

Людина, яка знеацька опинилась перед обличчям страшної хвороби, чекає насамперед підтримки, оскільки перемога над хворобою неможлива без віри у себе і сили духу, підтримки під час лікування, під час консультацій лікаря. Оскільки хворий розгублений і не може поставити правильні питання лікареві, у цьому йому може допомогти психолог. Психологічна підтримка дуже важлива на всіх етапах лікування.

Найважливішим завданням психолога є:

- допомогти пацієнту увірувати в ефективність лікування, навчитися справлятися зі стресовими ситуаціями;
- допомогти сформуванню такої життєвої позиції, в якій є місце надії і віри у майбутнє;
- навчити уникати негативних установок, таких як: "Рак – це смертельна хвороба", "Будь-яке лікування – неефективне: людина помирає від побічних ефектів" та ін. та бути налаштованим на позитивні: "Рак виліковний", "Лікування – це союзник внутрішніх ресурсів організму".

Змістом роботи психолога з онкохворим має стати:

- відволікання уваги хворого від "занурення" у хворобу;
- визначення ролі хворого у виявленні захворювання;
- релаксація;
- подолання образ;
- цілепокладання у напрямку подолання хвороби;
- звернення до Бога (для віруючих);

- робота з болем;
- подолання страху рецидиву, смерті;
- формування психологічної готовності прийняття смерті на кінцевому етапі.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Практично не можна уникнути психогенних розладів у людини внаслідок захворювання на рак. Існують певні чинники, які безпосередньо чи опосередковано зумовлюють цей процес. Тому підтримка психологічного здоров'я онкохворої людини є важливою умовою лікування. Дослідження психологічної свідомості онкохворих указують на необхідність запровадження психологічних технологій в умовах амбулаторій та стаціонарів для вирішення конкретних задач психологічної корекції, підтримки та реабілітації людей, що страждають на онкопатологію.

Список використаних джерел

1. Иванова И. Т. (2009). Концептуальные и методологические аспекты исследования качества жизни в онкогематологии: дисс. . . докт. биол. наук / Рос. науч.-исслед. ин-т гематологии и трансфузиологии РФ. Москва.
2. Менделевич В. Д. (2008). Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие. 6-е изд. Москва: МЕДпрессинформ.
3. Мухаровська І. Р. (2017). Медико-психологічна допомога для онкохворих на різних етапах лікувального процесу. Scientific Journal "Science Rise: Medical Science", 1(9).
4. Федоренко З. П., Гулак, Л. О. Михайлович, Ю. Й. Горох, Є. Л. Рижов, А. Ю. Сумкіна, О. В. Рак в Україні 2014-2015. Київ: Національний інститут раку.
5. Центр медичної статистики МОЗ України: Українська База Медико-Статистичної Інформації "Здоров'я для всіх". URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc.html>.
6. Campbell, G., Darke, S., Bruno, R., Degenhardt, L. (2015). The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, Vol. 49, Issue 9, 803-811.
7. Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Gallagher, E. R., Stagl, J. M., Park, E. R. et al. (2016). Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. Annual of Oncology, Vol. 27, Issue 8, 1607-1612.

Spysok vykorystanykh dzherel

1. Yvanovna, Y. T. (2009). Kontseptualnye y metodolohycheskye aspekty yssledovaniya kachestva zhyzny v onkohematolohyy: dyss... dokt.

byol. Nauk/ Ros. nauch.-yssl. yn-t hematolohyy y transfuzyolohyy RF]. Moskva.

2. Mendelevykh, V. D. (2008). Klynycheskaia y medytsynskaia psykholohyia: Uchebnoe posoby. 6-e yzd. M.: MEDpressynform.

3. Mukharovska, I. R. (2017). Medyko-psykholohichna dopomoha dlia onkoxvorykh na riznykh etapakh likuvalnoho protsesu. Scientific Journal "ScienceRise: Medical Science", 1(9).

4. Fedorenko, Z. P., Hulak, L. O., Mykhailovych, Yu. Y., Horokh, Ye. L., Ryzhov, A. Yu., Sumkina, O. V. Rak v Ukraini 2014-2015. Kyiv: Natsionalnyi instytut raku.

5. Tsentri medychnoi statystyky MOZ Ukrainy: Ukrainska Baza Medyko-Statystychnoi Informatsii "Zdorovia dlia vsikh". URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc.html>.

6. Campbell, G., Darke, S., Bruno, R., Degenhardt, L. (2015). The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, Vol. 49, Issue 9, 803-811.

7. Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Gallagher, E. R., Stagl, J. M., Park, E. R. et. al. (2016). Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. Annual of Oncology, Vol. 27, Issue 8, 1607-1612.

N.O. Yevdokymova, E.M. Ratkoglio. Psychological status of oncology patient. *The article provides statistics on the growth of the number of patients with oncology, which is the basis for the emphasis on the prevention of oncopathology and the importance of psychological care for patients. It is emphasized that cancer causes much more serious psychosocial consequences than any other disease, which is explained by multiple stresses at different stages of the disease.*

It is emphasized that oncological disease has traditionally belonged to the group of incurable people and just the fact of diagnosis turns it into a serious mental trauma. It is noted that in cancer patients at all stages of the healing process, there are psychogenic reactions that differ in the degree of expressiveness, clinical manifestations and psychological content. The encounter with cancer is certainly a conflict for every patient, and this conflict is purely psychological in nature, because it is first and foremost an immediate threat to life. Threat to life leads to high levels of emotional tension and disruption of significant personal relationships. Awareness of a patient's poor prognosis of cancer often leads to severe depression. The incidence of depression among cancer patients is much higher than among general population.

Depressive states aggravate the course of these diseases, deflect their course from the typical options, which complicate the diagnosis, reduce the effectiveness of treatment, prevention and rehabilitation, deplete personal resources, negatively affect the adaptive capacity of patients and reduce their quality of life.

The most important tasks of psychologist and the content of his work with cancer patients are determined.

Keywords: *oncology, oncology patient, oncopathology, serious disease, psychological portrait, psychological support for oncology patients.*

УДК 159.923

Н.О. Євдокимова, Н.В. Тарасова

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД СПОРТСМЕНІВ ПІДЛІТКОВО-ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

Н.О. Євдокимова, Н.В. Тарасова. Психологічний супровід спортсменів підлітково-юнацького віку. У статті здійснено теоретичне узагальнення й аналіз сучасних підходів до розуміння психологічного забезпечення спортивної діяльності у підлітково-юнацькому віці. Зазначено, що розгляду особливостей психологічного супроводу як складової сучасної підготовки спортсменів підлітково-юнацького віку приділяється недостатньо уваги. Встановлено рівні (нижній, середній, вищий) та основні етапи психологічного супроводу спортивної діяльності: інформаційна підтримка психологічної підготовки; аналіз функціонування домінуючих регуляторних систем психіки; підтримка мотиваційної стабільності; актуалізація вербальних регуляторів; розробка стратегії поведінки у змагальних умовах; формування мобілізаційної готовності та її реалізація. Визначено основну спрямованість кожного етапу. Формами організації психологічного супроводу обрано варіанти: ситуативний, поточний, етапний, постійний, системний.

Ключові слова: *змагання, підлітково-юнацький вік, психологічне забезпечення, психологічний супровід, спортивна підготовка.*

Н.А. Евдокимова, Н.В. Тарасова. Психологическое сопровождение спортсменов подростково-юношеского возраста. В статье осуществлено теоретическое обобщение и анализ современных подходов к пониманию психологического обеспечения спортивной деятельности в подростково-юношеском возрасте. Отмечено, что рассмотрению особенностей психологического сопровождения как составляющей современной подготовки спортсменов подростково-юношеского возраста уделяется внимания недостаточно. Установлено уровни (нижний, средний, высший) и основные этапы психологического сопровождения спортивной деятельности: информационная поддержка психологической подготовки; анализ функционирования доминантных регуляторных систем психики; поддержка мотивационной стабильности; актуализация вербальных регуляторов; разработка стратегии поведения в соревновательных условиях; формирование мобилизационной готовности и ее реализация. Определена основная направленность каждого этапа. Формами организации психологического сопровождения выбраны варианты: ситуативный, текущий, этапный, постоянный, системный.

Ключевые слова: *подростково-юношеский возраст, психологическое обеспечение, психологическое сопровождение, соревнования, спортивная подготовка.*