

2. Коростылева Л. А. Понятие самореализации // Психология: Учеб. / Под ред. А. А. Крылова.— М., 1996.— 584 с.
3. Кулешова О. В. Особливості самореалізації особистості у професії: рефлексивні й соціально-психологічні аспекти / Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред С. Д. Максименка.— Т. VIII.— Вип. 4.— К., 2006.— 444 с.
4. Максименко С. Передмова // Гуманістична психологія: Антологія: У 3 т. / За ред. Р. Трача і Г. Балла.— Т. 1: Гуманістичні підходи в західній психології ХХ ст.— К., 2001.
5. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учеб. пособ.— Самара: «БАХРАХ-М», 2001.— 672 с.
6. Соломка С. Самоактуалізація студентів під час професійної підготовки // Соціальна психологія.— 2006.— № 4.— С. 152–168.
7. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп.— М.: Изд-во Ин-та психотерапии.— 2002.— 490 с.
8. Чорний Є. Сприйняття моделі особистості, що самоактуалізується, суб'єктами освітнього процесу в полікультурному регіоні // Соціальна психологія.— 2006.— № 6.— С. 130–140.

Ключевые слова: самореализация, установки, самоактуализация, ценностно-мотивационная сфера.

Key words: self-realisation, aims, self-actualisation, value and motivation realm.

Е. Г. Ракша

ТІЛЕСНА СВДОМІСТЬ ДИТИНИ З ХРОНІЧНОЮ СОМАТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ФОРМУВАННЯ БАЗИСНИХ ЗАСАД ОСОБИСТОСТІ

Рассмотрена с точки зрения целостного подхода к изучению развития ребенка связь базисных основ личности, которые обуславливают психологические особенности становления личности и специфику формирования телесного сознания, как составного Я-образа ребенка с хронической соматической болезнью.

The relation of the basic foundations of personality has been investigated from the point of view of general approach for a child's development. these basic foundations stipulate psychological characteristics of both individual's forming and specifics of individual's confidence as well being a part of a self-image of a child alongside a somatic disease.

Життєва ситуація, в якій розвивається хвора дитина, залежить від ціннісно-сміслової орієнтації самої дитини та її найближчого

оточення, від того, як дитина засвоює (присвоює) життєві цінності та норми, у тому числі і норми-цінності стосовно своєї тілесності. Сприймання та оцінювання своєї зовнішності впливає на самосвідомість особистості, формування Я-образу.

Проведені лонгитюдні дослідження особливостей розвитку особистості дитини (2–3, 6–7, 18–20 років) надали можливість визначити, що психологічна структура особистості може бути охарактеризована розвитком на відповідних вікових етапах системи базисних засад особистості — фундаментальних, провідних, узагальнених, стійких, що визначають різноманітність психологічних особливостей людини, форм її функціонування [4; 6; 7; 8]. Категорія «базисних засад особистості» окреслює собою не частини, а емпіричні проекції цілісної особистості — це єдність взаємопов'язаних, взаємозумовлених сторін психологічної реальності, кожна з яких виступає як форма прояву та фіксації цілісного досвіду особистості і слугує специфічною проекцією цього досвіду, зумовлює особливості психічних процесів та різних форм функціонування людини (спілкування, гра, навчальна діяльність, трудова діяльність, творчість тощо).

Базисні засади особистості, що в нормі формуються у віці 6–7 років, мають тенденцію зберігатися протягом життя людини і суттєво впливати на подальший її розвиток, «слугувати основою для реалізації потенційної здатності людини до універсальності... максимальної реалізації сутнісних можливостей людини» [6]. Було визначено показники, за якими можливо оцінити розвиток особистості дитини, — це особистісна ціннісність, загальна структура діяльності та організації змісту свідомості.

Подальші дослідження, з урахуванням у психологічному аналізі суб'єктного підходу, показали, що до базисних засад особистості належать:

- ціннісність як характеристика найбільш значущої узагальненої сфери дійсності, життєдіяльності людини, через відношення до якої вона усвідомлює та стверджує своє «Я»;
- відношення «Я-Інший», що становить сферу відносин з оточенням;
- здатність долати звичні уявлення про світ та себе (як реалізація творчого аспекту та нескінченності людини);
- особливості функціонування свідомості, серед яких вирізняються такі показники, як: організація знань про зовнішній світ, рівень ідеальності свідомості, функція синтезу свідомості, рефлексія;
- особливості функціонування діяльності.

У кожної людини існує поєднання різних цінностей, але з погляду психологічного аналізу можливо виділити найсуттєвішу з них для даної людини в конкретній життєвій ситуації, яка набуває для неї особливого особистісного сенсу, оскільки об'єктивно та безпосередньо включена у життєдіяльність та буття людини. «Ціннісність — це та сторона дійсності, через відношення до якої дитина виділяє, а на певних етапах усвідомлює себе як особистість. Для різних дітей ціннісними будуть різні сторони та відносини дійсності. Наприклад, для одних це — пізнавальна діяльність, для інших — практичне реальне функціонування, для третіх — спілкування або відносини з іншими людьми тощо. Порівняно з мотивами, ціннісність є найбільш узагальненим показником» [5; 7]. У результаті досліджень було виділено кілька основних груп цінностей: ціннісність відносин з оточенням; ціннісність спілкування; ціннісність пізнання зовнішньої дійсності та навчальної діяльності; ціннісність реального звичного функціонування; «синтез» плану відносин та діяльності — «чинити добре» (з оцінним підкріпленням з боку дорослого); «синтез» плану спілкування та діяльності — ціннісність «чинити відповідно до вимог дорослих», «чинити за зразком» тощо. Крім того, у дітей з одним типом ціннісності спостерігаються схожі й інші важливі показники розвитку особистості.

Ціннісність як один із компонентів психологічної структури особистості включає в себе взаємозв'язок вибіркового виділення значущої для суб'єкта певної сторони дійсності і змісту Я-образу; зумовлює спрямованість суб'єкта на реалізацію відповідної діяльності, відносин та усвідомлення себе, формування самосвідомості особистості [13]. Теоретичні та експериментальні дослідження показали, що існують дві взаємопов'язані сторони ціннісності: об'єктивно-змістовна (включає зміст та сферу діяльності, які мають найбільше значення для суб'єкта) та суб'єктивно-особистісна (охоплює особливості уявлень про себе, спрямованість, самосвідомість, Я-образ).

Емпіричні дослідження розвитку дітей, які мають фізичні вади в результаті вроджених, хронічних захворювань, вивчення їх суб'єктивного тілесного досвіду показали, що на певних вікових етапах, залежно від індивідуальних життєвих історій, підтримки та впливу найближчого оточення, перебігу ускладнень захворювання тощо, формується одна з найбільш суттєвих сторін самосвідомості — «тілесна свідомість» [14]. Крім психофізіологічних чинників, тілесна свідомість перебуває у тісному зв'язку із соціальними та

культурними чинниками [1]. Тілесність виступає як сфера, в якій розгортаються екзистенціальні події. Цей аспект має велике значення для становлення особистості дитини, яка має соматичну хворобу, з точки зору надання психологічної допомоги, супроводу та здійснення відповідних стану здоров'я та віку дитини виховних впливів. Сфера тілесного досвіду розглядається як невід'ємна та в багатьох випадках визначальна частина самосвідомості і навіть джерело сенсу. Цікавими для нашого дослідження є уявлення А. Адлера, який вважав, що сенс життя є в кожній людині і формується він у своїх визначальних рисах вже до п'ятирічного віку, хоча може бути неусвідомленим, але об'єктивно існує і пов'язаний з унікальним стилем життя людини [3].

У деяких випадках суб'єктивний тілесний досвід індивіда, переживання щодо стану власного здоров'я можуть об'єктивізуватися в «іпохондричний дискурс» та відповідним чином впливати на особистісний розвиток, опосередкований наявністю непродуктивної для життєдіяльності суб'єктивної внутрішньої картини свого тілесного дефекта. Через іпохондричний дискурс індивід намагається з'ясувати для себе фундаментальний екзистенціальний страх людини перед кінцевістю свого буття. Тому в структурі світогляду, який формується у подібній системі координат, підвищується самостійна цінність тіла та тілесного досвіду» [12]. За відсутності адекватної реакції на зміни стану здоров'я, якщо індивід орієнтований через медичний дискурс на підвищену увагу, на уявлення про можливі хворобливі стани та на потребу постійно дбати про своє здоров'я, це може інтерпретуватися як індивідуальний поведінковий стиль, що виявляється у сенсибілізації до тілесної сфери. Конструкт хвороби, внутрішня картина захворювання — це індивідуальна семіотична система, яку застосовує конкретний індивід, що хворіє, хоча певною мірою ця система породжується через засвоєння ним значущої системи колективних уявлень, уявлень безпосереднього оточення.

Теоретичні розробки, які проводили А. Ш. Тхостов, Е. М. Райзман, Г. А. Арина, В. В. Ніколаєва, показали, що існує кілька інформаційних метасистем, в межах яких тіло та тілесне «Я» стає об'єктом медичного дискурсу. Нас цікавить одна з них, а саме — інформаційна система, яка переважно пов'язана з медичною практикою — санітарна просвіта або профілактична система. Названа система, у разі, якщо людина не страждає на хронічну хворобу, має на меті попередження захворювань, формування практики самоспостереження, самодослідження, контролю за нормальними

фізіологічними функціями тощо. Тіло стає об'єктом профілактичних засобів. Основна модель такої системи — профілактика «загрози» та відхилень від «розумної» поведінки, коли реалізується моральна концепція здоров'я, а хвороба сприймається як покарання. Але в разі хронічного захворювання відповідна інформаційна система медичного опису може допомогти зменшити виникнення можливих ускладнень захворювання і стати для людини «навчальним» аспектом проживання своєї хвороби з метою мінімізації витрат життєвих ресурсів — як фізичних, так і психологічних, соціальних, матеріальних.

Потрібні знання, які спочатку отримують батьки дитини в процесі догляду за нею, а потім їх засвоює і сама дитина, можуть надати відчуття відносної свободи від тривоги та страхів стосовно стану та перебігу захворювання дитини, допомогти передбачувати та планувати деякі життєві події. Під час проведення психологічного консультування, психотерапії та супроводу таких сімей ми спостерігали випадки, коли вчасне інформування «виключало» деякі ускладнення, пов'язані з «перенесенням» тривожного стану родини на світосприйняття самої дитини, допомагало не витрачати зайвий час, що у разі тяжких захворювань набуває іноді вирішального значення. Таке інформування хворого визначають ще як терапевтичне інформування.

Практичний досвід засвідчує, що навіть цей аспект може бути продуктивним для допомоги сім'ї у досягненні повноти життя та поліпшення якості життя самої дитини та родини загалом. Те, що на фоні іпохондричного дискурсу для відносно здорової людини може складатися та викликати певні негативні психологічні особливості, з точки зору побудови життєвих стратегій для ситуації складного захворювання набуває інших якісних і кількісних характеристик переживань за стан тілесності.

Дослідження показали, що у разі зникнення об'єктивуючого дискурсу щодо тілесності (відсутності адекватної віку дитини інформації з боку оточення) й актуалізації безпосередніх переживань особливостей тілесного розвитку дитини утруднюється відношення до власного тіла як до об'єкта і образи не можуть бути переведені в єдиний чіткий образ тіла [9], що може породжувати відчуття нестабільності, тривоги. Це можна подолати, якщо «повернути тілу якості об'єкта, що має зрозумілу структуру, яку можна пізнавати, передбачувати реальні властивості тіла, які не збігаються з ідеальним суб'єктивним переживанням тілесного досвіду» [12].

Переживання повинні бути зрозумілі не тільки у теперішньому, але й у майбутньому. Коли виникає дискурс — набір необхідних

висловлювань, які встановлюють правила обмеженості буття тіла, яке можна пізнавати й об'єктивувати за допомогою мови у «лінгвістичне тіло», виникає можливість долати відчуття самотності, а внутрішній досвід переводити у соціальну взаємодію, об'єктивуючи свою тілесність таким чином, щоб кількість та якість переживань набувала об'єктивного значення, сенсу та нормативні межі, що дасть змогу будувати реальну продуктивну життєву стратегію спочатку за допомогою дорослого, потім самостійно, навчившись нести відповідальність за власні рішення і в разі потреби вчасно їх коригувати з метою здійснення свого життєвого плану та реалізації особистого сенсу життя. Актуальним, авторитетним у ситуації хронічного соматичного захворювання та найбільш корисним відносно тіла стає медичний дискурс (А. Ш. Тхостов окремо виділяє ще психологічний, моральний, містичний, дисциплінарний, гедоністичний, виробничий та інші можливі дискурси), який передбачає самостійну значущість тілесних переживань та виправданість піклування про тіло незалежно від інших різноманітних систем цінностей і має максимальну можливість для перетворення тіла в об'єкт.

У сучасній культурі наголошується акцент та найбільш рекламується тенденція, яка формує в суспільній свідомості культ тілесного розвитку та підвищеної уваги до стану свого здоров'я, яка посилюється ще певними екологічними чинниками середовища. За цих домінуючих умов людина, якщо не включається в систему підкресленого піклування та підвищеної уваги до стану свого здоров'я, з боку суспільного оточення може отримати негативну оцінку своєї особистості, її можуть вважати або, наприклад, несучасною, або лінвою — залежно від обставин. Так може виникати реальна ситуація нав'язування з боку оточення індивіду іпохондричної позиції відносно свого тіла та здоров'я як виправданої моральної позиції. Іноді під цим може успішно маскуватися (свідомо, а найчастіше несвідомо) егоцентризм, «соматичний егоїзм», ігнорування значущих проблем і обставин, які не стосуються проблеми піклування про своє тіло, відчуження від особистісних цінностей, переживань міжособистісного оточення. «Зосередженість на фізичному здоров'ї та ігнорування інших потреб та інтересів здійснюється з моральним ентузіазмом» [12].

Нами було визначено дві можливі непродуктивні стратегії відношення до стану свого здоров'я в разі соматичної хвороби, що викликає певні, іноді суттєві тілесні зміни і впливає на формування тілесної самосвідомості дитини. Перша породжує відношення людини до свого тілесного дефекту та поводження себе таким чином, ніби

«дефекту» не існує, тобто психологічно ігнорується факт тілесного захворювання, витісняються психологічні та соціально-культурні чинники реагування на це захворювання за формулою «не приділяю цьому значення та уваги сам, не бачать цього й інші люди». Особистість за умови такого ставлення, як правило, не бере на себе, на свою сім'ю відповідальність за те, що сталося у минулому, не рефлексує на незначні життєві події та особистісні відчуття, пливе за течією у теперішньому часі і не намагається передбачити можливі наслідки, замислитися про майбутню реалізацію своїх уподобань і цілей, оскільки не усвідомлює свого відношення до реального тілесного досвіду. Як показали наші багаторічні спостереження за розвитком соматично хворих дітей, що підтверджується й теоретичними розробками різних психологів, як зарубіжних так і вітчизняних, така тенденція переважно складається у випадках, коли батьки або інші значущі для дитини люди не змогли виховати у дитини вміння об'єктивувати свій стан навіть на рівні мови (надавати чіткі, відповідно до реальної ситуації, оцінки свого стану) та адекватно реагувати на небажані, іноді жорсткі реакції та оцінки з боку інших людей, особливо однолітків дитини, що формує особливості її самооцінки залежно від індивідуально-типологічних особливостей дитини та особливостей хвороби. Друга непродуктивна стратегія реагування на життєву ситуацію соматичного захворювання та будування життєвої перспективи відповідно до обраної життєвої стратегії характеризується своєрідною ініціацією-дозволом: «якщо мені світ дозволив бути саме таким, то не треба від мене очікувати іншого та вимагати більшого; ті, кому більше пощастило, винні мені й повинні створювати умови для задоволення моїх життєвих потреб». У цьому разі дитина не виявляє творчої та суб'єктної активності, а тільки очікує від оточення підтримки та допомоги, робить акцент свого розвитку не на самореалізації за допомогою інших (родини, друзів, лікарів, представників державних служб тощо), а на отриманні від рідних та суспільства умовної компенсації за свою життєву некомпетентність. Звертає на себе увагу той факт, що подібні варіанти непродуктивних життєвих стратегій безпосередньо не залежать від складності захворювання або важких матеріальних, побутових умов життя людини із соматичною хворобою. У багатьох випадках (відносно більш «легких» діагнозів або кращих умов життя) дитина може так і не засвоїти потрібних для себе та життєво важливих способів реагування на важкі життєві обставини, не сформувавати продуктивної життєвої стратегії, життєвої компетентності. Під

продуктивною життєвою стратегією розуміємо таку стратегію, за умови якої дитина вирішує або наполегливо намагається вирішити певні проблеми таким чином, щоб відчувалася позитивна динаміка або у виконанні справи, або у побудові стосунків з іншими, або у виконанні спільної справи з іншими людьми.

У більшості сімей, в яких виховувалася дитина з важкою соматичною хворобою, мало місце застосування дитиною продуктивних життєвих стратегій (безумовно, у разі належного медичного супроводу), як правило, у випадках, коли члени родини приділяли увагу не лише фізичному здоров'ю дитини, але й психологічному. Батьки використовували складні життєві та повсякденні побутові ситуації для рефлексії переживань, позитивної переробки можливих емоційних травм дитини, виховання моральних і ціннісних норм, формування виправданого оптимізму, підтримували прояви активності дитини як суб'єкта життєдіяльності. Вплив типу відносин між дітьми та батьками в сім'ї на становлення особистості дитини досить ретельно досліджено багатьма науковцями та практичними психологами. У нашому дослідженні головну увагу приділяли вивченню «проживання» сім'єю складної життєвої ситуації хронічного стресу, пов'язаного з тим, що дитина має хворобу з вітальною загрозою. Було встановлено, що більш успішною та емоційно стійкою, продуктивною була взаємодія між дітьми та батьками в родині, де батьки періодично зверталися по психологічну допомогу для самих себе, щоб посилити свій психологічний ресурс для своєї власної реалізації та для опікування хворою дитиною. Важливим аспектом у тому разі були родинні відносини, співучасть в яких брали не тільки батьки, а й брати, сестри та родичі старшого покоління (багатопоколінна сім'я). Складною, з психологічного погляду, а також з матеріального, побутового, соціального тощо, була життєва ситуація у неповних сім'ях — основний тягар проблем вирішувала, як правило, мати дитини. У цьому разі вона, безумовно, потребувала і психологічної допомоги, хоча досить складно організувати саму ситуацію звернення по допомогу, бо майже весь час жінки займає саме догляд за дитиною.

Таким чином, сформована адекватно тяжкості тілесного дефекту суб'єктивна картина власної тілесності впливає на способи та варіанти влаштування життєвого простору, в якому дитина зможе задовольнити свої потреби у спілкуванні, взаємодії, творчій реалізації своїх здібностей та в разі нагоди використати шанс, не втрачаючи кожен можливість для поліпшення свого стану, як фізичного, так і морального, душевного, духовного, відчувати повноту життя і задоволеність його реалізацією.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Быховская И. М.* Homo somaticos: аксиология человеческого тела.— М., 2000.
2. *Тхостов А. Ш.* и др. Влияние кризисной жизненной ситуации на структуру самооценки // Вопросы психологии.— 1987.— № 2.— С. 128–134.
3. *Леонтьев Д. А.* Психология смысла.— М., 1999.
4. Методы изучения и диагностики психического развития ребенка / Под ред. *Н. И. Непомнящей*.— М., 1975.
5. *Непомнящая Н. И.* Психологический анализ обучения детей 3–7 лет: На материале математики.— М.: Педагогика, 1983.
6. *Непомнящая Н. И.* Становление личности ребенка 6–7 лет.— М.: Педагогика, 1992.
7. *Непомнящая Н. И.* Целостно-личностный подход к изучению человека // Вопросы психологии.— 2005.— № 1.— С. 116–125.
8. Опыт системного исследования психики ребенка / Под ред. *Н. И. Непомнящей*.— М.: Педагогика, 1975.
9. *Подорога В. А.* Феноменология тела.— М., 1995.
10. *Торчинская Е. Е.* Роль ценностно-смысловых образований личности в адаптации к хроническому стрессу (на примере спинальных больных) // Психологический журнал.— Т.22.— 2001.— № 2.— С. 27–35.
11. *Тхостов А. Ш., Арина Г. А.* Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии.— Л., 1990.
12. *Тхостов А. Ш.* Психология телесности.— М.: Смысл, 2002.
13. Ценность как центральный компонент психологической структуры личности. *Н. И. Непомнящая, М. Е. Каневская, О. М. Пахомова, В. В. Барцалкина, С. Н. Рубцов, Э. Н. Музе* // Психология личности: Сб. ст. / Сост. *А. Б. Орлов*.— М.: ООО «Вопросы психологии», 2001.
14. *Ясперс К.* Общая психопатология.— М., 1993.

Ключевые слова: личность, базисные основы личности, смысл жизни, целостность, телесность, самосознание, Я-образ, рефлексия, жизненная история, жизненная перспектива, жизненная компетентность, качество жизни.

Keywords: personality, valuables, sense of life, integrity, corporal, consciousness, Self-image, reflection, life history, life prospect, life competence, quality of life.