

26. Стиль жизни личности: Теоретические и методологические проблемы / Отв. ред. Л. В. Сохань, В. А. Тихонович.— К.: Наукова думка, 1982.
27. Школа життєтворчості особистості: Наук.-метод. зб. / Наук. ред. Л. В. Сохань, І. Г. Єрмаков.— К.: ІСДО, 1995.
28. Юдин В. В. Педагогическая технология.— Ярославль, 1997.

Ключевые слова: жизненный проект, жизненное проектирование, образовательные технологии, мотивация жизненного проектирования.

Key words: life project, life development, educational technologies, life development motivation.

УДК 159.972

І. Ю. Павлова

ПРОБЛЕМА САМОУСВІДОМЛЕННЯ ОБРАЗУ «Я» В ОСІБ З ДЦП

Проблема формирования «Я-образа» является одной из наиболее изученных в современной психологической науке. Несмотря на это, индивидуальные типы развития требуют дальнейшего изучения. В статье рассмотрены вопросы становления представлений о своем теле у людей, которые страдают ДЦП.

Problem of self-conception formation is one of the most studied questions in modern psychology. Despite this individual types of development demand further investigation. This article reviews the questions of body image formation in people with cerebral palsy.

Однією з актуальних проблем психології є вивчення самосвідомості людей з обмеженими можливостями. Прийняття себе за визначенням С. Л. Братченко та М. Р. Міронової означає визнання себе і, безумовно любов до себе, такого, який є, ставлення до себе, як до особистості, яка має право на повагу, здатної до самостійного вибору, віра в себе і свої можливості, довіра до власної природи, організму. Напружене, соціальне, екологічне, демографічне, економічне становище у сучасному суспільстві сприяє виникненню чималих труднощів у процесі адаптації і інтеграції у суспільстві осіб з обмеженими можливостями, до числа яких належить мо-лодь з порушенням опорно-рухового апарату (ДЦП).

Структура і зміст «Я-концепції» у багатьох випадках визначають соціальну поведінку людини, її прагнення до адекватної взаємодії з соціумом, бажання так чи інакше впливати на середовище. За

визначенням Д. М. Леонтьева, фізичне «Я» — це переживання свого тіла як втілення «Я», образу тіла, переживання з приводу фізичних дефектів, здоров'я чи хвороби. Тіло і самопочуття (як переживання актуального сприйняття власного тіла і його функціонального стану) є не «аналогами Я на рівні організму», а повноцінними блоками або підструктурами «Я-концепції», тоді як самопочуття є динамічнішим.

Було помічено, що явища відчуження власного тіла, втрата наочності сприйняття і уявлень супроводжуються тонким зниженням «почуття Я». Внаслідок різних форм фрустрацій образу тілесного «Я», найчастіше всього у підлітковому періоді виникає синдром дисморфофобії, або марення фізичного недоліку. Наявність цього синдрому визначає його дезадаптивність, оскільки він викликає серйозні труднощі у спілкуванні та інші характерологічні зміни, що перешкоджають процесам нормальної адаптації у широких сферах соціального життя.

Роль «людини з особливими потребами» як соціального стереотипу, нав'язує стандартну поведінку, типову для особистості з інвалідністю, а це супроводжується втратою свободи життєвого шляху. У такої людини складаються життєві стратегії, які спонукають уникати перепон або так маніпулювати ними, щоб вони перетворились на виправдання пасивної життєвої позиції.

Негативний психотравмуючий вплив соціального статусу «несхожого на інших» змінює систему цінностей особистості, зумовлює порушення процесів диференціації та інтеграції «Я-образу» у структурі самосвідомості, комунікативні зв'язки ускладнюються слабко розвиненою комунікативною позицією «Я-дорослий» (за теорією транзактного аналізу Е. Берна), найпоширенішою стає теорія ставлення інших людей (дітей і дорослих) до зовнішнього вигляду та тіла хворої дитини, формує її самоставлення. Розвиток особистості починається з усвідомлення себе та зі ставлення до себе «тілесного» у онтогенезі. Усе це робить складною взаємодію з іншими, коли за нормальних умов стимул веде за собою очікувану реакцію спілкування. У таких випадках особистість може застосовувати механізм «маніпуляції» іншими. Він формується з дитинства, в колі родини, близьких, у дитячому садку, у школі або інтернаті. Поблажливе ставлення до дитини з вадами здоров'я з боку вчителів, близьких стає умовою формування маніпулятора. Особистість досягає своєї мети, викликаючи в інших почуття провини перед нею, відповідальності за вирішення її проблем [9, С. 110–120].

Негативний тілесний досвід пов'язаний у самоусвідомленні особистості з використанням дефектних частин свого тіла та з невдалими соціальними контактами. Життя хворої дитини у просторово-обмеженому світі перешкоджає формуванню багатьох видів взаємовідносин і взаємодій з однолітками та дорослими. Обмеженість контактів часто сприяє аутизації, формуванню егоцентричних установок, пасивності. Крім того, у деяких випадках не формується сама потреба у спілкуванні, характерними є відсутність навичок спілкування у дітей з церебральним паралічем, неадекватна самооцінка, егоцентризм, не передбачає широкого контакту хворих дітей зі здоровими однолітками позиція «Я-дитина» [2, С. 100–120].

Згідно з поглядами Кулі джерелом розвитку образу «Я», починаючи з раннього дитинства, є сприйняття нами реакцій на наші дії «інших». Видатний теоретик символічного інтеракціонізму Мід розширив погляд на образ «Я» як на продукт соціальної взаємодії. Він стверджував, що індивід сприймає себе як такого не прямо та безпосередньо, а лише побічно.

Характерною особливістю людини є бажання зрозуміти самого себе і знайти усвідомлене пояснення свого досвіду. Самооцінка — це процес самопізнання і критичного самоусвідомлення, які виступають важливим компонентом у досвіді самотності. Оцінити самого себе — це означає розглянути себе всередині ієрархічної системи. Люди, як відомо, усі різні і це пов'язано з почуттям власної гідності. Якщо особистість — це організація цінностей, то ядром функціональної єдності є самооцінка.

У книзі «Передумови самооцінки» Куперсміт розглянув психологічні умови підвищення самооцінки. Він визначив три рівні самооцінки. Самооцінкою Куперсміт називає притаманне індивідові почуття власної цінності, яке для інших людей виявляється в тих чи інших реакціях. Самооцінка, яку виробляє та підтримує людина, є особистим і суб'єктивним психологічним станом [5, С. 220–230].

Умови формування низької самооцінки. Низька самооцінка, як правило, пов'язана зі спробою батьків сформуванню у дитини здатність до аккомодатії, тобто до пристосувальної поведінки. Це виражається у таких вимогах до неї, як: покірність, вміння пристосовуватися до інших людей; залежність від дорослих у повсякденному житті; охайність; безконфліктна взаємодія з однолітками. Прагнення батьків поставити дітей у залежне становище призводить до зниження самооцінки. Дитина у цій ситуації є психологічно знищеною, вона не довіряє оточенню, їй не вистачає відчуття власної особистісної цінності.

Умови формування середньої самооцінки. Батьки таких дітей у більшості випадків займають щодо них піклувально-поблажливу позицію. Скромні цілі дають їм змогу приймати своїх дітей такими, якими вони є, виявляти терпіння до їхньої поведінки. Водночас різні самостійні дії дітей викликають у батьків тривогу. Бажання здобути самостійність особистого досвіду поза домом у таких дітей, як правило, обмежується. Порівняно з дітьми, яким притаманна висока самооцінка, діти цієї групи більш орієнтуються на думку інших людей.

Умови формування високої самооцінки. Важливою особливістю сімей цієї групи є те, що вони дотримуються раніше запропонованих повноважень у прийнятті рішень, виявленні авторитету і відповідальності. Один із батьків бере на себе відповідальність за прийняття основних рішень, з якими погоджується вся родина. Менш принципи рішень приймаються колективно. Відповідні стандарти сімейної поведінки користуються у таких сім'ях підтримкою. Тут панує атмосфера взаємної довіри, кожен член сім'ї відчуває себе залученим до спільного домашнього кола. У більшості випадків основні рішення приймаються батьком, але, на думку Куперсмита, для формування високої самооцінки важливо те, щоб рішення приймалися всією родиною.

Таким чином, висока самооцінка розвивається у дітей в родинах, що відрізняються згуртованістю і товариськістю. Поведінка людей з високою самооцінкою протилежна добре відомій психотерапевтам картині поведінки людей, які перебувають у депресивному стані. Для останньої характерна пасивність, невпевненість у собі, правильності своїх спостережень та суджень, вони не знаходять у собі сил, щоб впливати на інших людей, протистояти їм, не можуть з легкістю та без внутрішніх вагань висловити свою точку зору.

На процес інтеграції особистості з особливими потребами в суспільство впливають чинники побудови її життєвого шляху. Життєві стратегії регулюють процес інтеграції, оволодіння суспільними нормами. Механізм маніпулювання детермінує перешкоди в інтегративних процесах, породжує соціальну дезадаптацію [9, С. 110–120].

У нашому дослідженні брали участь 42 студенти Університету «Україна». Студентів без вад у розвитку налічувалося 21 особа, з порушеннями опорно-рухового апарату (ДЦП) — 21 студент. Специфіка навчання у вищих навчальних закладах полягає в досягненні певної мети — отримання повноцінної якісної освіти з тим, щоб стати в майбутньому справжніми висококваліфікованими спеціалістами.

Перша група, яка брала участь у нашому дослідженні, — студенти 1–3 курсів. Головна мета їхнього навчання — здобуття вищої освіти для подальшої реалізації в житті їх як фахівців.

Друга група, яка брала участь у нашому дослідженні — студенти з порушенням опорно-рухового апарату. Середній вік досліджуваних (експериментальної і контрольної груп) варіює від 18 до 23 років. Основним завданням психологічної допомоги цій групі — допомога адаптуватися в новому середовищі, у новій ситуації. На цьому етапі входження в нове середовище головною є система відносин «людина — людина», «людина — середовище».

Під час проведення емпіричного дослідження для вивчення особливостей сприйняття внутрішньої картини хвороби, рівня тривоги застосовувалися такі методики:

1. Методика «Незакінчені речення» (Сакса і Сіднея).
2. «Шкала реактивної тривоги» Спілбергера.
3. Методика Сердюка.

4. Методика диференційної діагностики депресивних станів Цунга.

5. Опитувальник Реана.

Результати опрацьованих даних за Методикою діагностики самооцінки Спілбергера показали, що рівень особистісної та реактивної тривожності вищий в експериментальній, ніж у контрольній групі. Високий рівень тривожності в обох групах пов'язаний насамперед з віковими особливостями досліджуваних. Середній їх вік варіює від 20 до 24 років.

Контрольна група: $11,4 \pm 0,63$ (ситуативна тривожність); $8,7 \pm 0,63$ (особистісна тривожність).

Експериментальна група: $16,7 \pm 0,83$ (ситуативна тривожність); $13,7 \pm 0,72$ (особистісна тривожність).

У віковій психології цей вік вважають одним із критичних. Для цього віку характерна спрямованість у майбутнє, самовизначення у професійній і особистісній діяльності. Самовизначення пов'язано з новим сприйняттям часу — співвідношенням між минулим та майбутнім, сприйняття теперішнього часу з погляду майбутнього. Високий рівень ситуативної та особистісної тривожності зумовлений особливостями психофізичного розвитку досліджуваних (ДЦП), оскільки саме в цей час відбувається самовизначення у трудовій діяльності, переоцінка цінностей. Цей процес переживається важче, тому що пов'язаний з внутрішнім сприйняттям себе і своєї хвороби.

Отримані за методикою «Соціальне значення хвороби» А. І. Сердюка результати показали, що вирізняють п'ять сфер соціальних відносин, де показник дискомфорту найбільший, а саме:

- 1) неможливість зробити кар'єру;
- 2) зниження фізичної привабливості;
- 3) формування почуття втрати;
- 4) відчуття втрати сили та енергії;
- 5) погіршення стосунків на роботі.

Отже:

1. Неможливість зробити кар'єру: $1,3 \pm 0,65$ (контрольна група); $1,9 \pm 0,75$ (експериментальна).

2. Зниження фізичної привабливості: $1,9 \pm 0,66$ (контрольна); $1,7 \pm 0,17$ (експериментальна).

3. Формування почуття провини: $0,9 \pm 0,83$ (контрольна); $1,2 \pm 0,72$ (експериментальна).

4. Відчуття втрати сили та енергії: $1,7 \pm 0,1$ (контрольна); $1,9 \pm 0,44$ експериментальна).

5. Погіршення відносин на роботі: $0,9 \pm 0,64$ (контрольна); $1,9 \pm 0,66$ (експериментальна). Вплив будь-якого хронічного соматичного захворювання на соціальний статус хворого, його становище у суспільстві та мікросоціальному середовищі, коло інтересів, рівень домагань не викликає сумнівів. Хронічне соматичне страждання спричинює появу нового способу життя та діяльності хворої людини, потребу у формуванні нового життєвого стереотипу.

Методика «Незакінчені речення» Сакса і Сіднея показала, що рівень тривожності сягає свого піка за такими шкалами соціальних відносин, це шкали, які досліджують ставлення до матері, відношення до родини, почуття провини, ставлення до майбутнього, цілі.

1. Ставлення до матері: $1,3 \pm 0,65$ (контрольна група); $1,9 \pm 0,75$ (експериментальна).

2. Почуття провини: $0,9 \pm 0,83$ (контрольна група); $1,2 \pm 0,72$ (експериментальна).

3. Ставлення до родини: $1,9 \pm 0,66$ (контрольна група); $1,7 \pm 0,17$ (експериментальна).

4. Ставлення до майбутнього: $1,7 \pm 0,1$ (контрольна група); $1,9 \pm 0,44$ (експериментальна).

5. Цілі: $0,9 \pm 0,64$ (контрольна група); $1,9 \pm 0,66$ (експериментальна).

Результати опрацьованих даних за Методикою диференційної діагностики депресивних станів Цунга показали, що рівень депресії вищий в експериментальній, ніж у контрольній групі. Високий

рівень депресії в обох групах пов'язаний насамперед з віковими особливостями досліджуваних.

Самовизначення пов'язано з новим сприйняттям часу — співвідношенням між минулим та майбутнім, сприйняття теперішнього часу з погляду майбутнього. Високий рівень депресії зумовлений особливостями психофізичного розвитку досліджуваних (ДЦП):

1. Контрольна група — $11,4 \pm 0,63$.
2. Експериментальна група — $16,7 \pm 0,83$.

Результати опрацьованих даних за методикою Реана «Мотивація успіху та побоювання невдач» показали, що рівень мотивації невдачі вищий в експериментальній групі, ніж у контрольній групі.

Контрольна група: $11,4 \pm 0,63$ (мотивація на невдачу); $8,7 \pm 0,63$ (мотивація успіху).

Експериментальна група: $16,7 \pm 0,83$ (мотивація на невдачу); $13,7 \pm 0,72$ (мотивація успіху).

Вибір життєвих стратегій особистості з особливими потребами коригується умовами соціального оточення. Наявність у сімейному оточенні інваліда (одного з батьків або родичів) опосередковує розвиток певних життєвих стратегій дитини. Умовою повноцінного розвитку особистості з особливими потребами є формування здатності конструювати власний життєвий шлях, адекватне ставлення до самого себе.

Висновки

1. В останнє десятиліття можливість звернення до світового досвіду реабілітаційної допомоги інвалідам і, зокрема дітям, хворим на ДЦП, дає змогу критичніше оцінити вітчизняний досвід у цій галузі, побачити його однобічність. Нерозривність системи психосоціальної реабілітації осіб із фізичними та психічними обмеженнями великою мірою зумовлена суспільною свідомістю і державною політикою у ставленні до цих людей як до пасивних істот, які потребують опіки, а отже, не можуть претендувати на свободу вибору та вирішення власної долі.

2. Низка вітчизняних і зарубіжних авторів підкреслюють значення формування адекватної самооцінки у хворих на ДЦП як важливого регулятора розвитку особистості і вольової активності. У дослідженнях виокремлені такі особистісні характеристики хворих на ДЦП, як нестабільність нервово-психічних процесів, високий рівень реактивної та особистісної тривожності, нестійкість до фрустрації. Ці фактори негативно впливають на ефективність ортопедо-хірургічного лікування хворих та їх подальшу соціально-трудова адаптацію.

3. Суттєву роль у процесі соціальної адаптації дитини можуть відіграти ступінь вираженості дефекту у кожній зі сфер її життєдіяльності, особливості поєднання у конкретного хворого різних клінічних синдромів. Важливе значення для успішності або неуспішності пристосовної поведінки дитини має рівень вимог, які висуваються до неї соціальним мікросередовищем, розуміння найближчими родичами особливостей її адаптаційних можливостей, загалом стратегія її поведінки.

4. Вибір життєвих стратегій особистості з особливими потребами коригується умовами соціального оточення. Наявність у сімейному оточенні інваліда (одного з батьків або родичів) опосередковує розвиток певних життєвих стратегій дитини. Умовою повноцінного розвитку особистості з особливими потребами є формування здатності конструювати власний життєвий шлях, адекватне ставлення до самого себе, свого життя.

5. Для спілкування осіб з церебральним паралічем характерною є глибока прив'язаність до рідних, особливо до матері; звичка звертатися за допомогою навіть без певної потреби; залежність від навколишнього середовища; для взаємин з ними характерним є наслідування і підпорядкування. На формування характеру особи з дитячим паралічем великою мірою впливає те, як вона ставиться до своєї фізичної вади і як її оцінює.

6. Сучасні реалії вимагають від молоді з особливими потребами активності, принциповості, почуття власної гідності, впевненості у своїх силах. Коли налагодити соціальні контакти не вдається, у молодих людей, особливо в дітей, виникають почуття самотності, провини, розпочинаються дезадаптаційні процеси. Соціальна дезадаптація стає перепорою у процесі інтеграції особистості.

7. Вплив будь-якого хронічного соматичного захворювання на соціальний статус хворого, його становище у суспільстві та мікросоціальному середовищі, коло інтересів, рівень домагань не викликає сумнівів. Хронічне соматичне страждання спричинює появу нового способу життя та діяльності хворої людини, потребу у формуванні нового життєвого стереотипу.

8. Тривожність як властивість особистості виявляється в особливих труднощах і вадах спілкування, робить дитину неповноцінною, однобічно розвиненою. У виникненні тривожності як риси провідну роль відводять взаєминам з батьками на ранніх етапах розвитку дитини, а також певним подіям, які ведуть до фіксації страхів у дитячому віці.

9. Будь-яка хвороба обмежує потреби та можливості людини, і спеціалісту важливо з'ясувати, чи відбувається аутизація дитини,

чи продовжується соціалізація особистості, а також, яке відображення це знаходить у внутрішній картині хвороби. Остання в такому аспекті може бути як «патоцентричною» (відхід особистості у хворобу), так і «патопериферичною» (вихід особистості з хвороби у суспільство). Таким чином, за моделлю внутрішньої картини хвороби можна розрізняти активну і пасивну форми нарцисизму. У випадку патопериферичної моделі внутрішньої картини хвороби при ДЦП формується стійка нарцисична властивість, а саме: спроба захисту «ідеального Я» як перспективної особистості, потенційно спроможної на досягнення, завоювання високого соціального статусу — образ ідеалу, не тільки бажаного, але й реально можливого у майбутньому (психосоматичний захист відокремленням слабкого «реального Я» у теперішньому часі від потужного «ідеального Я» у віддаленій перспективі). У разі патоцентричної моделі мова йде про стійкий спосіб психосоматичного захисту організму від будь-якого напруження та відходу у хворобу. Обидві моделі внутрішньої картини хвороби визначають стійке ставлення хворої людини до суспільства і свого місця у ньому до самого себе, свого життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Бакс М.* Церебральный паралич с медицинской точки зрения // Ребенок с церебральным параличом / Под ред. *Н. Р. Синни.*— М., 2001.— С. 21–38.
2. *Государев Н. А.* Психосоматическая концепция и детский церебральный паралич // Журнал неврологии и психиатрии.— 2001.— № 7.
3. *Данилова Л. А.* Методы коррекции речевого и психического развития у детей с ДЦП.— Л.: Медицина, 1977.
4. *Детский церебральный паралич / Л. М. Шпицына, И. И. Мамайчук.*— СПб.: Дидактика плюс, 2001.
5. *Добровольская Т. А.* О подходах к профессиональной ориентации подростков с детским церебральным параличом // Коррекционная педагогика.— 2004.— № 1(3).— С. 70–74.
6. *Ипполитова М. В., Бабенкова Р. Д., Мостюкова Е. М.* Воспитание детей с церебральным параличом в семье.— М., 1983.
7. *Калижнюк Е. С.* Психические нарушения при ДЦП.— К.: Вища школа, 1987.
8. *Козьякин В. И., Бабадаглы М. А., Ткаченко С. К.* Детские церебральные параличи. Социально-психологический аспект.— Л.: Медицина мира, 1999.
9. *Скрипник Т.* Розвиток особистості в процесі інтеграції дитини з особливими потребами / Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: Наук.-метод. зб. / Ред. *Н. Софій, І. Єрмаков.*— К.: Контекст, 2000.— 336 с.

Ключевые слова: сознание, самосознание, физический и психический образ «Я», схема тела, самооценка.

Key words: consciousness, self-awareness, physical and mental self-image, body structure, self-esteem.

УДК 159.924.7

О. І. Островська

СІМЕЙНИЙ ДІАГНОЗ У СТРУКТУРІ БАГАТООСЬОВОГО ПСИХОЛОГІЧНОГО ДІАГНОЗУ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

В статье поднимается проблема эмоционального семейного конфликта и его влияние на проявление рецидивов у больных шизофренией.

The article deals with problem of emotional family atmosphere and its influence on relapses in schizophrenic patients.

Останніми роками спостерігається підвищення інтересу до проблеми «родина і шизофренія». Але нині новітні досягнення біологічного лікування посприяли її зсуву на з'ясування ролі родини в перебігу хвороби на відміну від її вивчення як джерела захворювання. З практичного погляду дуже важливими постають питання про роль сімейних факторів як у загостренні захворювання, так і у формуванні рівня соціального функціонування хворого, у реабілітаційному процесі.

Сімейне життя висуває різноманітні і складні завдання до кожного з членів сім'ї, тому він повинен мати певні психологічні, за Е. Г. Ейдемільером, «сімейно-необхідні», якості, до яких належать:

- 1) потреби, потрібні для мотивування участі індивіда у житті сім'ї, для подолання труднощів і вирішення проблем, що виникають;
- 2) здібності, навички та вміння, потрібні для розуміння іншої людини, для підтримки подружніх відносин та виховання дітей;
- 3) коло вольових і емоційних якостей, зокрема якостей, потрібних для регулювання своїх власних емоційних станів, для подолання станів фрустрації, вміння підкорити бажання встановленим цілям; терпимість, наполегливість, які потрібні для формування як подружніх, так і виховних відносин [9].

Ці сімейно-необхідні якості надзвичайно травмуються через наявність у когось із членів сім'ї захворювання на шизофренію,