

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ СТУДЕНТІВ З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

Розглядається одна із психологічних проблем самореалізації особистості студентів з обмеженими фізичними можливостями — ставлення до хвороби (фізичного дефекту), як цілісне відображення ситуації захворювання (фізичного дефекту) у психіці індивіда.

Ключові слова: внутрішня картина хвороби, тип ставлення до хвороби, гомогенні, гетерогенні типи ставлення, самореалізація.

Постановка проблеми

Вступ. Незважаючи на численні теоретичні й емпіричні дослідження, проблема самореалізації особистості не втрачає актуальності та практичної значущості й на сучасному етапі розвитку психологічної науки. Особливого значення вивчення цього феномену набувають у контексті дослідження особливостей самореалізації студентів з обмеженими фізичними можливостями (ОФМ).

Ми вважаємо, що повнота пояснення феномену самореалізації буде досягнуто, якщо саме явище самореалізації розглядатиметься як система й одночасно як елемент вищестоящої системи — людини. У рамках синергетичного підходу поняття «самореалізація» виступає, як постійний рух у напрямі ускладнення, саморозвитку, нарощування себе [1], який дає змогу особистості відкривати в навколишньому світі нові можливості.

Самореалізацію особистості розуміють як результат відкритості психологічної системи в довкілля, в майбутнє, який визначає інтенціональність руху системи, її здатність до взаємодії зі світом з метою реалізації життєвих виборів [1].

Хронічні захворювання та фізичні дефекти, виступаючи в ролі функціонального обмеження можливостей взаємодії людини із середовищем, викликають не тільки погіршення соматичного стану людини, а й часте виникнення порушень розвитку особистості, особистісного функціонування, побудови ефективних стратегій самореалізації особистості.

Аналіз останніх досліджень. Психологічним аспектам соматичного захворювання здавна надавалося велике значення багатьма класиками як зарубіжної, так і вітчизняної психології, медицини. Проте найглибше і всебічне вивчення цієї проблеми почалося з праць німецького лікаря А. Гольдшейдера, про відчуття, переживання й уявлення хворого про свою хворобу, фізичний дефект. Він назвав їх аутопластичною картиною захворювання. А. Гольдшейдер виділив два рівні картини хвороби: «сенситивний», заснований на відчуттях, і «інтелектуальний» — результат роздумів хворого про свій фізичний стан. Внутрішньою картиною хвороби (ВКХ) О. Лурія [2] називав цілісне відображення ситуації захворювання в психіці індивіда, яке включає комплекс відчуттів, переживань, емоцій, уявлень і знань, пов'язаних із захворюванням чи його наслідками. Пропонувались й інші назви для позначення суб'єктивного ставлення хворого до свого захворювання. Проте поняття «внутрішня картина хвороби», незважаючи на деяку аморфність і надмірну насиченість окремими складовими, як і раніше, є самим споживаним у медицині та психології. Нині під ВКХ розуміється суб'єктивне ставлення хворого до свого захворювання, що складається з хворобливих відчуттів і зовнішніх проявів хвороби, оцінки механізмів їх виникнення, тяжкості та значень для майбутнього, а також типи реагування на хворобу.

Модель внутрішньої картини хвороби, тобто комплекс явищ свідомого та несвідомого порядку, які пов'язані зі сприйняттям факту захворювання самим суб'єктом,

складається, на думку О. Лурія, з двох частин: аллопластичної картини хвороби (сукупності різноманітних функціональних та органічних змін, пов'язаних із захворюванням) і аутопластичної картини (яка надбудовується над першою), також із сукупності відчуттів людини, емоційно-інтелектуального сприйняття, або власне хвороби, тобто його ставлення до неї.

Психологом В. Ніколаєвою [3] запропонована систематика рівнів відображення хвороби в психіці хворої людини:

- чуттєвий рівень, або рівень відчуттів;
- емоційний, або афектний рівень, пов'язаний з різними видами реагування на окремі симптоми, захворювання в цілому і його наслідки;
- інтелектуальний, або когнітивний рівень, що включає уявлення, знання про своє захворювання, роздуми про його причини та можливі наслідки, тобто концепцію хвороби, створювану хворим;
- мотиваційний, або поведінковий, рівень, що включає ставлення хворого до свого захворювання, зміну поведінки й способу життя в умовах хвороби, а також дії, спрямовані на повернення здоров'я.

Мета — дослідити психологічні особливості внутрішньої картини хвороби (фізичного дефекту) студентів з обмеженими фізичними можливостями в контексті психологічних проблем самореалізації особистості.

Виклад основного матеріалу

У дослідженні взяли участь 67 студентів з обмеженими фізичними можливостями, які навчаються в університеті «Україна».

Для дослідження внутрішньої картини хвороби, фізичного дефекту, як сукупності когнітивних, емоційних та поведінкових реакцій на власний фізичний дефект ми використовували «Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту — ООБІ». Методика створена співробітниками Санкт-Петербурзького інституту ім. В. М. Бехтерева, під редакцією А. Лічко, базується на теоретичній концепції «психології ставлень» (О. Лазурський, С. Франкл, В. Мясіщев). Ця методика діагностує паттерн ставлень як до власної хвороби та її наслідків, так і до значущих ставлень людини: до рідних та соціального оточення, навчання, роботи, майбутнього, самотності, а також до своїх вітальних функцій (самопочуття, настрою, сну, апетиту).

Результати експериментального дослідження типу ставлення до власного захворювання, фізичного дефекту ми аналізували у двох напрямках: визначали тип ставлення або особистісне реагування на фізичний дефект (хворобу) і внутрішню картину хвороби (фізичного дефекту), як багатовимірну систему ставлень до дефекту, яка включає в себе ставлення до всіх значущих боків життя людини.

Унаслідок дослідження типу ставлення до фізичного дефекту (хронічного захворювання) нами були діагностовано: «чисті», або гомогенні типи ставлення до функціональних обмежень у 53 (79,1%) досліджуваних студентів з інвалідністю та «змішані» типи реагування у 14 (20,9%) досліджуваних студентів з інвалідністю.

У загальній картині гомогенних типів ставлень до власного фізичного дефекту (захворювання) переважають діагностовані анозогнозичний, ергопатичний, гармонійний та сенситивний типи ставлення до фізичного, сенсорного дефектів (хронічного захворювання) (рис. 1).

Як видно з діаграми, діагностований анозогнозичний тип ставлення притаманний 58% досліджуваним студентам з інвалідністю.

Анозогнозія — це дезадаптивна форма неприйняття, витіснення, відкидання думок про власний фізичний дефект (хронічне захворювання) та його наслідки, відхід від складної для людини ситуації, афективне гальмування (нездатність адекватно усвідомлювати свій стан). Активне заперечення власного функціонального обмеження

(соматичного захворювання) призводить до виникнення дисонансу між нереалістичними бажаннями, вимогами до власного «Я» та реальними можливостями, які не відповідають завищеному рівню домагань. Неможливість реалізації багатьох актуальних потреб автоматично призводить до виникнення емоцій «незадоволення», що, в свою чергу, породжує невротичні прояви особистості: підвищену тривожність, егоцентричність, астенію, сенситивність, невпевненість у собі, здатність звинувачувати у власних поразках інших, формує думки про упереджене ставлення доколишніх до людей з інвалідністю.

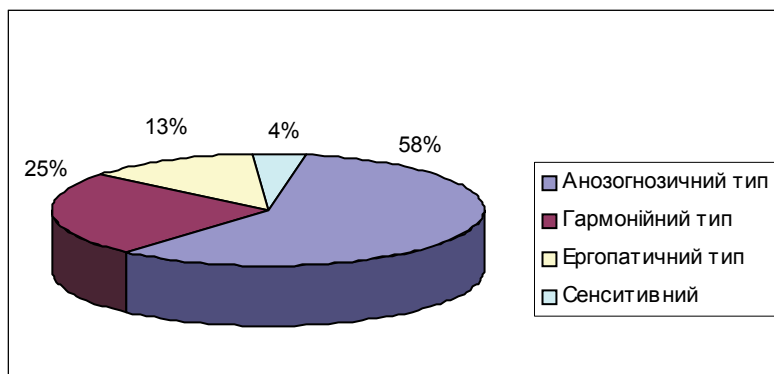


Рис. 1. Розподіл гомогенних типів ставлення до власного фізичного дефекту (хронічного захворювання)

Досліджувані з анозогнозичним типом ставлення до власного фізичного дефекту (соматичного захворювання) помітно відрізняються від досліджуваних з іншими типами ставлення переважно підвищеним настроєм, ейфорією, вони схильні до використання жартів з приводу своїх фізичних обмежень, які носять психологічно захисний характер. Анозогнозичний тип ставлення можна розцінювати як своєрідний психологічний захист особистості на власний фізичний дефект (хронічне захворювання).

Ергопатичний тип ставлення діагностований у 13% досліджуваних студентів з інвалідністю. Зазначений тип ставлення до власного фізичного дефекту (соматичного захворювання) характеризується як «відхід від хвороби в навчання, роботу». Домінуючою тенденцією досліджуваних цього типу реагування є прагнення, будь що, зберегти свій соціальний статус і забезпечити можливість продовжувати активну навчальну та трудову діяльність. Для досліджуваних характерно зверхвідповідальне, стійке ставлення до навчання, праці, прагнення та виконання складної роботи, не зважаючи на фізичний дефект чи захворювання. Зазначений тип реагування на власний фізичний дефект, не дивлячись на формально високий рівень адаптації, постійно ставить людину на межу її компенсаторних можливостей, роблячи її вразливою до різноманітних дезадаптувальних впливів.

Сенситивний тип реагування на власний фізичний дефект (хронічне захворювання) характерний для 4% досліджуваних студентів з інвалідністю. Для них характерні емоційна вразливість, насторожено-тривожна поведінка, часті зміни настрою з переважанням в ньому почуття туги та пригніченості. Їм притаманна надмірна заклопотаність про можливі негативні враження, якщо доколишні дізнаються про їхнє захворювання, побоювання, що інші уникатимуть спілкування з ними, вважати їх неповноцінними, з боязню ставитися до них. Сенситивний тип авторами цієї методики віднесений до дезадаптивних типів ставлення до власного захворювання та фізичного дефекту.

Гармонійний тип ставлення до фізичного дефекту (соматичного захворювання) діагностований лише у 13% досліджуваних студентів з інвалідністю. Для них харак-

терно адекватне ставлення до власного дефекту, без прагнення переоцінювати тяжкість свого стану або недооцінювати його. Досліджувані активні в навчанні, житті, прагнуть самостійно виконувати необхідні завдання, постійно проявляють турботу про своїх близьких, друзів. Слід зазначити, що з усіх досліджуваних вони з найбільшою готовністю та бажанням брали участь у проведенні дослідження.

Поряд з гомогенними, «однорідними» типами ставлення до власного фізичного дефекту (соматичного захворювання) нами були діагностовані «змішані», гетерогенні типи ставлення, які склали 20,9% досліджуваних студентів з інвалідністю.

У картині гетерогенних типів ставлення діагностовано: анозогнозичний-паранояльний-меланхолійний-апатичний (ЗПМА), анозогнозичний-сенситивний-паранояльний (ЗСП), ергопатичний-анозогнозичний-сенситивний (РЗС), анозогнозичний-неврастенічний-сенситивний-егоцентричний-дисфоричний (ЗНСЯД), ергопатичний-анозогнозичний-тривожний-неврастенічний-сенситивний (РЗТНС), ергопатичний-анозогнозичний-егоцентричний-паранояльний-дисфоричний (РЗЯПД), ергопатичний-тривожний-сенситивний (РТС), ергопатичний-анозогнозичний (РЗ), неврастенічний-сенситивний-дисфоричний (НСД), неврастенічний-егоцентричний-дисфоричний (НЯД), ергопатичний-сенситивний (РС), ергопатичний-анозогнозичний-неврастенічний-сенситивний (РЗНС) (рис. 2).

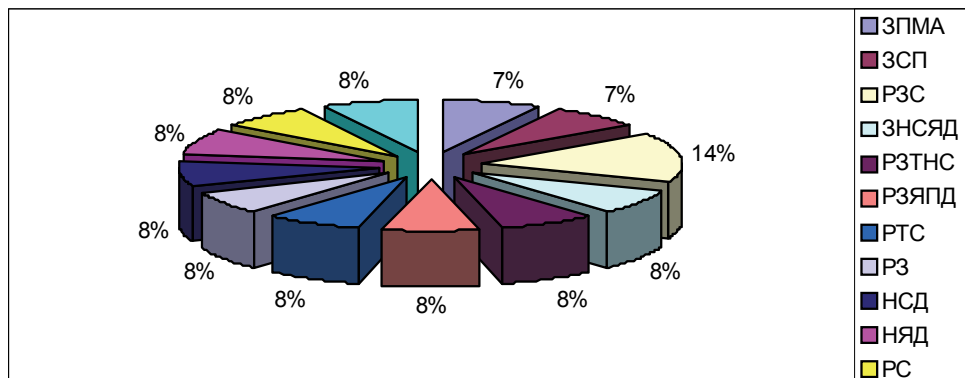


Рис. 2. Розподіл гетерогенних («змішаних») типів ставлення до власного фізичного дефекту (хронічного захворювання)

Характерною особливістю неоднорідних типів ставлень до фізичного дефекту (соматичного захворювання) є їх змістовний характер, який знаходить своє відображення у поведінкових проявах досліджуваних з цими типами реагування. Змістовний характер співвідношень між складовими змішаних типів повний суперечностей, які можуть свідчити про неузгодженість характеру самої структури значущих ставлень особистості, пов'язаний із соматичними захворюваннями, фізичними, сенсорними дефектами.

Так, змішаний анозогнозичний-ергопатичний тип характеризується поєднанням ігнорувального ставлення до власного інвалідизованого дефекту (соматичного захворювання) та зниженням фізичних і психічних ресурсів через занадто відповідальний «відхід» у роботу, суспільну діяльність, навчання і т. ін. Для досліджуваних з цим типом ставлень характерним є також завищений рівень домагань — це своєрідний стеничний «відхід у роботу», який часто призводить до емоційної напруги, дискомфорту, що, у свою чергу, виражається у зростанні рівня тривожності.

Поєднання в змішаних типах ставлень теоретично цілком протилежних станів як-то: анозогнозія й іпохондрія, тривожність і дисфорія, анозогнозія й егоцентричність, меланхолія, апатія та паранояльність — свідчать про наявність глибинних внутрішніх конфліктів, стійких протиріч у структурі ставлень особистості та порушення соціально-

психологічної адаптації, пов'язаної з соматичними захворюваннями та фізичним дефектом. Наслідком таких внутрішніх протиріч стають занепокоєння, помисливість щодо свого дефекту і водночас — заперечення обтяженості свого фізичного стану; небажання підвищеної уваги до себе в сполученні з вимогою особливого ставлення до себе від довколишніх; ейфорія, бравада, що маскують емоційну вразливість і пригніченість.

Фізичний чи сенсорний дефект, хронічні соматичні захворювання формують певну соціальну ситуацію розвитку. Вона включає в себе специфічну побудову, а часто й перебудову життєвих планів, зміну ставлень особистості до власного «Я», до довколишніх, як до близьких, так і до соціуму в цілому. Переопрацювання інформації, яка йде від соціальної ситуації розвитку особи з інвалідністю впливає не тільки на тип ставлення до власного дефекту чи захворювання, а й на формування внутрішньої картини фізичного дефекту (захворювання), тобто усвідомлення/неусвідомлення особистістю свого соматичного стану, розуміння ролі та впливу цього стану на життєве функціонування, емоційні реакції та стратегії поведінки.

Для дослідження внутрішньої картини хвороби (фізичного дефекту) ми проаналізували шкальні оцінки досліджуваних студентів з обмеженими фізичними можливостями. Середні показники складових внутрішньої картини хвороби (фізичного дефекту) відображені в табл. 1.

Таблиця 1

Середні показники внутрішньої картини хвороби (дефекту)

Шкали внутрішньої картини хвороби	Середні показники (\bar{x})
Гармонійний (Г)	26, 3
Ергопатичний (Р)	21, 9
Анозогностичний (З)	26, 0
Тривожний (Т)	5, 5
Іпохондричний (І)	5, 0
Неврастенічний (Н)	6, 8
Меланхолічний (М)	4, 2
Апатичний (А)	3, 3
Сенситивний (С)	13, 3
Егоцентричний (Я)	6, 5
Паранояльний (П)	6, 0
Дисфоричний (Д)	6, 3

З таблиці видно, що у структурі внутрішньої картини дефекту (захворювання) переважають умовно адаптивні типи особистісного реагування на власний дефект чи захворювання. Це гармонійний (26,3), анозогностичний (26,0) та ергопатичний типи (21,9). Середні показники за зазначеними типами свідчать про достатній рівень адаптації до власного захворювання, фізичного чи сенсорного дефекту. Разом з тим, у суб'єктивному відображенні фізичного дефекту (захворювання) на перший план виступає рівень емоційної оцінки дефекту та пов'язаних з ним наслідків, те, що прийнято називати «переживанням хвороби» (В. Ніколаєва). Переважання емоційної реакції на інвалідизований дефект чи захворювання відбивається в збільшенні середніх показників практично за всіма складовими дезадаптивними блоками, а саме: сенситивності (13, 3), неврастенії (6,8), егоцентричності (6,5), дисфорії (6, 3), паранояльності (6,0), тривожності (5,5). Домінування емоційного рівня в структурі внутрішньої картини хвороби (дефекту) свідчить про наявність внутрішніх конфліктів, низького ступеня інтеграції образу «Я», вузького «поля досвіду», яке унеможливорює формування адекватного розуміння своїх можливостей, знижує особистісний потенціал, формує неадекватний рівень самоприйняття, а це, у свою чергу, впливає на процес самореалізації особистості.

Висновки

Отже, у цьому дослідженні вивчено особливості ставлення до фізичного дефекту, соматичного захворювання студентів з обмеженими фізичними можливостями, як однієї із психологічних проблем процесу самореалізації студентів.

Основною формою впливу інвалідизованого соматичного захворювання (фізичного дефекту) на психіку людини є психогенна реакція особистості на хворобу (фізичний дефект) та їх наслідки, що відображається у внутрішній картині хвороби. Внутрішня картина хвороби стає основним змістовним новоутворенням психіки, у зміні структури якого відбивається процес внутрішньої перебудови особистості людини із соматичною хворобою або фізичним дефектом.

Фізичний дефект (захворювання), виступаючи в ролі функціонального обмеження можливостей взаємодії людини із середовищем, викликає порушення особистісного функціонування. Наслідками цих порушень є діагностовані акцентуації характеру з:

- сензитивного типу (емоційна вразливість, сором'язливість, почуття неповноцінності, неадекватно агресивна реакція на несхвалення);
- астеноневротичного типу (роздратованість, слабкість нервових процесів, схильність до афектів, тривожність, побоювання за власний стан здоров'я).

Виявлені психологічні особливості внутрішньої картини хвороби, фізичного дефекту та типи ставлення до власного фізичного дефекту є психологічними проблемами у самореалізації особистості студентів, що є предметом нашого подальшого наукового дослідження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ключко В. Е. Психология инновационного поведения / В. Е. Ключко, Э. В. Галажинский. — Томск : Изд-во ТГУ, 2009. — 240 с.
2. Лурия А. Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / А. Р. Лурия. — М. : Изд-во «Медицина», 1977. — 112 с.
3. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. — М. : Изд-во Московского университета, 1987. — 167 с.

Купреева О. И.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ САМОРЕАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Рассматривается одна из психологических проблем самореализации личности студентов с ограниченными физическими возможностями — отношение к болезни, физическому дефекту, как целостное отображение ситуации заболевания (физического дефекта) в психике индивида.

Ключевые слова: *внутренняя картина болезни, тип отношения к болезни, гомогенный, гетерогенный типы отношения, самореализация.*

Kyprieieva O. I.

PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF SELF-REALIZATION OF PERSONALITY OF STUDENTS WITH THE LIMITED PHYSICAL POSSIBILITIES

In the article one of psychological problems of self-realization of personality of students is examined with the limited physical possibilities is attitude toward illness, physical defect, as an integral reflection of situation of disease (physical defect) in the psyche of individual.

Key words: *pictures of illness, type of attitude toward illness, homogeneous, heterogeous types of relation, self-realization.*