

## ПОЧУТТЯ САМІТНОСТІ В ОСОБИСТОСТІ ІЗ СОМАТИЧНИМИ ВАДАМИ ЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО ПСИХОКОРЕКЦІЯ

Наталія ВОЛОДАРСЬКА

Copyright © 2004

**Суспільна проблема.** Актуальність проблеми самотності пов'язана з ускладненнями у процесі соціальної взаємодії та інтеграції особистості з вадами здоров'я. Під час сумісного навчання таких дітей із здоровими однолітками закономірно виникають проблеми адаптації, комунікації. Вони супроводжуються високим рівнем конфліктності та емоційного напруження у міжособистих стосунках, що опосередковує настановчі диспозиції особистості: динамічність – статичність, варіабельність – стабільність, варіабельність – лабільність. Динамічність зумовлює розвиток таких якостей як гнучкість та пристосування особистості до оточення. Статичність настанови спричинює стереотипність поведінки, котра призводить до непорозуміння у групі однолітків, порушення партнерських взаємин. Все це поглиблює почуття самотності особистості, тоді як є інший шлях психосоціального розвитку – гармонізація взаємостосунків особистості з вадами здоров'я з іншими оточуючими, її продуктивне інтегрування в суспільство.

**Мета дослідження** – визначити вплив соматичних захворювань на розвиток почуття самотності в особистостей з вадами здоров'я, у тому числі визначити чинники розвитку цього почуття та розробити систему методичних засобів його ефективної психокорекції.

**Авторська ідея.** Вікові закономірності розвитку особистості як нормальні реакції на природні зміни потреб, інтересів, особистісних стандартів та ідеалів пов'язані із становленням самосвідомості і

супроводжуються почуттям невпевненості, невизначеності, незадоволення собою та своїми соціальними взаємозв'язками. Фактор захворювання може перетворити ці зміни у серйозну психологічну проблему – самотність особистості. Низька самооцінка, негативне самосприйняття, страх відторгнення, непорозуміння, сором'язливість, недостатній розвиток комунікативних навичок, соціальних якостей та адекватних форм самоутвердження зумовлюють також виникнення почуття самотності. Психокорекційні методи, які спрямовані на зняття емоційної депривації особистості, стану фрустрації, потреби у визнанні її іншими “такою як усі”, допомагають розвитку соціальних навичок, полегшують переборення труднощів у взаємовідносинах з однолітками та викладачами, сприяють реалізації потреби в інтимних стосунках.

**Сутнісний зміст:** теоретично проаналізовані концептуальні підходи до психологічного трактування почуття самотності, подані експериментальні дані фрустраційної толерантності особистості з вадами здоров'я, охарактеризовані риси їхньої поведінки, уявлення про себе та свої стосунки з оточуючими; наводяться психокорекційні методи роботи, спрямовані на подолання почуття самотності.

**Ключові слова:** *почуття самотності, фрустрація, каузометрія, життєвий шлях особистості, самореалізація, самоставлення, Я-образ, неадекватна самооцінка, вибір та конструювання життя, взаємодія з довкіллям, психокорекція.*

Емпіричний розвій формовияву почуття самотності вимагає детального вивчення кожного його конкретного випадку. Серед причин виникнення цього почуття можуть бути неадекватна батьківська чи материнська поведінка в родині, що негативно впливає на становлення життєвої, соціальної, індивідуальної та інших рольових позицій особистості у різні моменти її життя. Батьківські функції щодо дитини з певними вадами здоров'я пов'язані із соціальним очікуванням, яке ставиться суспільством як норма батьківської поведінки. Якщо у сім'ї виховується не одна така дитина, то існує менша вірогідність прояву почуття самотності у дитини. У випадках, коли один з батьків інвалід, або хтось із родичів має вади здоров'я, то сім'я має досвід проживання з людиною із вадами здоров'я. У здорових батьків, позбавлених подібного досвіду, може виникати гіперопіка, котра утворює маніпулятивну стратегію поведінки, а відтак стимулює у дитини почуття самотності. Отож маніпулятивність формується з раннього дитинства, коли батьки починають втягуватися у гру: дитина – хвора, слабка, батьки – рятівники у будь-який момент. Коли дитина підростає і батьки вимагають відповідальності у різних життєвих ситуаціях, юнак чи дівчина продовжує втягувати своїх рідних, однолітків, друзів у ту ж саму гру за тими самими правилами. Якщо хтось відмовляється, то починається маніпулювання: “я не вмію, не зможу, в мене нічого не вийде, я не повинен (не повинна) це робити”. І доти, поки не перерветься залежність особистості з вадами здоров'я від інших, ця нав'язана гра маніпулятора не закінчиться. Навіть задовольняючи усі забаганки, така особистість не позбавиться від почуття самотності.

У психологічних дослідженнях самотність прийнято вважати віковим новоутворенням підліткового віку, головним результатом розвитку пізнавальної та емоційної сфер особистості та її перехо-

дом на новий щабель самосвідомості. Більшість психологів (І.С. Кон, І.В. Дубровіна, С.В. Кривцова, В.А. Кисельова та ін.) підкреслюють неоднозначність характеру прояву самотності в осіб різного віку. Так, у підлітковому віці типовими є збагачення внутрішнього світу особистості завдяки усвідомленню своєї унікальності, з одного боку, і негативні емоційні переживання з відчуттям відчуженості та відокремленості, котре може призвести до депресії, асоціальної поведінки та суїциду, – з іншого. Крім того, негативний вплив почуття самотності на розвиток особистості проявляється в дезадаптації та порушенні психосоціального розвитку підлітка.

Загалом на формування почуття самотності у підлітковому віці та ранній юнацький період впливають такі фактори: а) виховання у середовищі неповної сім'ї, б) бездоглядність, в) несприятливі умови протікання пубертатного періоду (Г.О. Балл, А.Ф. Бондаренко, М.Й. Боришевський, П.П. Горностаї, І.С. Кон, Н.Н. Корнев, А.Е. Личко, Н.Ю. Максимова, К.А. Мілютіна, Л.Ф. Обухова, Н.А. Побірченко, О.Г. Солодухова, С.Ю. Циркіна, Т.С. Яценко та ін.). У літературі підкреслюється той факт, що психологічні особливості підлітків оформляються у “підлітковий комплекс” і спричиняють порушення поведінки у формі пубертатної кризи. У цьому контексті самотність і його типи вивчалися у західній психології Дж. Гірвільдом і Дж. Раадшелдерсом. Типи людей, схильних до самотності, особливості їхньої поведінки та внутрішнього світу аналізували Ю.М. Швалб, О.В. Данчева і Л. Сімеонова. Особливості прояву самотності в родині досліджували як вітчизняні вчені (Ю.М. Швалб, О.В. Данчева, Н.В. Хамітов, Л.Б. Шнейдер), так і Р. Джонсон, Дж. Віткін та ін. Проведений нами теоретичний аналіз піднятої проблеми дозволив зробити певні узагальнення стосовно *природи почуття самотності*: 1) маючи екзистенційне наповнення, самотність як стан і переживання

впливає на особистість і позитивно, і негативно; 2) у підґрунті негативного впливу діють такі чинники як депресія, тривога і страх з приводу сьогодення та майбутнього; 3) має місце руйнування надій щодо реалізації своїх можливостей у житті, зниження мотивації на успіх, досягнення і самоактуалізацію, результатом чого може бути стійке відчуття безглуздості існування.

Крім того, досліджується гендерний аспект аналізованої проблеми. Як зазначає В. Сіляева, жінки розрізняються між собою різними типами самотності: а) “без чоловіка”, б) “без конкретного чоловіка”, в) “як нерозуміння”, г) “як нереалізованість жінки”, д) “як матері, котра не реалізувалася”, е) “самотність покинутої жінки” [9]. Водночас не визначеним залишається прояв самотності в особистості з вадами здоров'я.

Нам імпонує підхід В.А. Кисельової у визначенні *самотності як психологічного стану людини*, котрий характеризується: 1) усвідомленням особистістю себе як відокремленої від інших; 2) відчуттям своїх взаємин з іншими як таких, котрі не відповідають своїм внутрішнім вимогам та очікуванням; 3) наявністю в особистості негативних емоційних переживань з приводу спілкування та власних соціальних контактів.

Одним з малодосліджених чинників, які опосередковують розвиток почуття самотності в особистості, є вплив певних вад здоров'я. Нас цікавлять саме соматичні вади, що виникають від народження й опосередковують прояв у людини почуття самотності, оскільки саме в ранньому дитинстві починається становлення певних станів свідомості і схем поведінки у різних життєвих ситуаціях. За теорією Е. Берна існує три основні категорії станів Я людини: а) схожі з образами батьків, б) спрямовані на об'єктивну оцінку реальності, в) які діють з моменту їх фіксації у ранньому дитинстві.

На підставі даної класифікації Е. Берн визначає *три моделі особистості*, за яких переважає один з виділених станів.

*Перша модель:* у станах особистості домінує батьківський компонент, тому людина здатна ефективно відігравати роль одного з батьків, автоматично зберігаючи при цьому час та енергію для розв'язання більш важливих життєвих проблем. Водночас, у разі порушення рівноваги і неадекватного збільшення впливу батьківської складової, людина повчає інших, вказує на їхні помилки, постійно оцінює їх дії, намагається приховати свої слабкі сторони, некритично ставиться до власних дій.

*Друга модель:* у станах особистості переважає дитячий компонент – одна з найцінніших складових, котра вносить у життя людини радість, чарівність, безпосередність, спонтанність, адже дитина – це джерело правдивості, щирості, інтуїтивності. Однак, якщо цей компонент домінує над іншими, то це виявляється в неслухняності, ігноруванні певних соціальних норм, надмірній спонтанності, хаотичності дій та безконтрольності поведінки.

*Третя модель:* у станах особистості переважає дорослий компонент, тоді людина спрямована на раціональну переробку інформації, адекватну оцінку будь-якої ситуації, спроможна налагодити ефективну взаємодію з оточуючим світом. Проте, в разі неадекватно значного впливу даного стану, вона поводить себе немов комп'ютер, а тому позбавляє себе багатьох радощів життя, позитивних емоцій.

Кожна з цих моделей може опосередковувати виникнення почуття самотності в особистості за умов її переважання над іншими станами. Для обґрунтування цього припущення нами проведено експериментальне дослідження з використанням методу незакінчених речень, проективної методика Розенцвейга, біографічного методу Нуркової, психологічних бесід та інтерв'ю. Порівнювалися показники фрустраційної толерантності юнаків з вадами здоров'я та без них. Усі екстрапунітивні показники (Е, Е\*) у першій групі юнаків були вище, ніж у другій ( $p < 0,01$ ). Водночас ті дані, що відображають імпульсивні реакції, почуття

провини, нижчі у здорових, ніж у юнаків з вадами здоров'я ( $p < 0,05$ ). Високий рівень імпульсивних реакцій в останніх свідчить про індивідуальне ставлення до фрустрації. Характерними були відповіді: “Фрустраційна ситуація є, але вона мене не хвилює, мені байдуже”. Даний показник вище у юнаків з вадами здоров'я, ніж у здорових (показник  $M^*$  – індикатор індивідуального ставлення до наявності фрустрації) і показник  $m$  (упевненість, що фрустраційна ситуація вирішиться сама собою, без втручання самого юнака,  $p < 0,01$ ).

Порівняння фрустраційної толерантності в особистостей з соматичними вадами здоров'я і без таких вад у юнацькому віці показало, що позиція юнаків із вадами здоров'я більш виражено імпульсивна. Це проявляється у їхній байдужості до реальних ситуацій та оточення, у тому числі й до свого майбутнього і майбутнього близьких, нарешті у прийняттю почуття самотності. З іншого боку, дані **таблиці 1**, підтверджують той факт, що у юнаків з вадами здоров'я індекс спрямування агресії та індекс її трансформації вище, ніж у юнаків без вад здоров'я. Зокрема, результати дослідження юнака з соматичними вадами здоров'я за методикою Розенцвейга, ілюструє протокол (**табл. 2**), що вказує на наявність високого рівня імпульсивності поведінкових дій.

Це фіксують бесіди: “На самоті я відчуваю себе спокійніше”, “Я не відчуваю потреби в опікуванні себе з боку будь-кого і суспільства в цілому”, “Мені довелося терпіти багато образ та обману від оточуючих, і це завжди насторожує ме-

**Таблиця 1**  
*Порівняння індексів фрустраційних реакцій в особистостей із соматичними вадами здоров'я і без них*

Групи	Показники		
	Е / І	Е / е	і / е
Юнаки з вадами здоров'я	3,8	3,1	0,5
Юнаки без вад здоров'я	1,6	3,4	1,2

**Таблиця 2**  
*Протокол психологічного обстеження юнака з вадами здоров'я за методикою Розенцвейга*

Номер малюнка	Відповіді у малюнку	Показники спрямованості реакцій
1.	Давай від'їжджай	М
2.	Вона була старою	М*
3.	Справа у шляпі	М*
4.	Мені не поталанило	М
5.	Такий час	М
6.	Відчепіться	Е
7.	А що ви хотіли	Е
8.	Вона мені не подобається	Е*
9.	Це неподобство	Е
10.	Не ображай мене	Е
11.	Ганьба	Е
12.	Нехай носить, байдуже	Е
13.	Кожного разу теж саме	М*
14.	Вибач	І
15.	У тебе неприємності?	М*
16.	Дожену і ще раз обжену	Е*
17.	Не чіпай, мені і так погано	Е
18.	Я як завжди винен	Е
19.	В усякому разі не для того, щоб травмувати кого-небудь	Е*
20.	Йй все ж таки доведеться запросити	Е
21.	Він на це заслуговує	Е
22.	Це ви у всьому винні	Е
23.	Твої рідні всі ненормальні	Е
24.	Я вкрай розгніваний	Е

не”, “Будь-які настанови ззовні викликають бажання все зробити навпаки”, “Правила і порядки викликають у мені бажання навмисно їх порушити”, “Я страждаю від того, що мене не розуміють”, “Я відчуваю, що більшість з оточуючих дурні і заздрять розумнішим від них”, “У хвилини поганого настрою виникає бажання залишитися наодинці, щоб нікого не бачити і не чути”, “Я живу своїм життям і не втручаюсь у проблеми суспільства”. Звідси зрозуміло, чому юнаками із фізичними вадами за головний життєвий принцип приймається положення “не висовуватись”. Звідси уникання будь-яких ситуацій, що можуть порушити усталений перебіг життя, прагнення до незалежності від інших, замкненість на собі самому, недовіра до суспільства, розрачунок на власні сили, намагання уникати життєвих прикостей, не мати клопоту ні з чим, схильність перекладати “провину” за все, що сталося з ними на інших.

За методикою незакінчених речень найбільш характерними виявилися: 1) бажання дистанціюватися від однолітків, суспільства (“люди не розуміють мене”,

“хочу бути незалежним ні від кого” та ін.); 2) байдужість до оточуючих, рідних, батьків (“мені байдуже, що трапиться з іншими”, “був би щасливий, якщо б ніхто до мене не мав ніяких справ”); 3) суперечність у висловлюваннях (“майбутнє може буде кращим за сьогодні”, “нехай все летить по під три чорти”); 4) песимізм (“я здатен на самогубство”). Певні проблеми мають початок з раннього дитинства, про що свідчать твердження: “моя сім’я завжди мене не сприймала як нормального”, “мені з дитинства відвели окреме місце у житті”. Фантазування фізично дефективної особистості привносить неадекватність сприйняття дійсності і побудови планів на майбутнє: “я можу одружитися з багатим і не працювати”, “я отримаю спадок від багатого родича і мої проблеми будуть розв’язані” та ін.

Проілюструємо протокол дослідження вісімнадцятирічного юнака методом незакінчених речень.

1. Я завжди хотів бути ... *кращим від інших, але інвалід, і тому найгірший.*
2. Майбутнє здається мені ... *прекрасним, але якщо пощастить позбутися поганого минулого.*
3. Знаю, що погано ... *поводжуся з рідними, іноді з друзями.*
4. Коли я був дитиною..., *то був нещасливий.*
5. Порівнюючи з іншими, моя сім’я ... *мабуть, не найкраща.*
6. Зробив би усе, щоб ... *не бути інвалідом.*
7. Вважаю, що здатен ... *покінчити життя самогубством.*
8. Я міг бути щасливим ..., *якщо б був здоровим.*
9. Впевнений ..., *що краще бути одному.*
10. Більшість моїх знайомих ... *не розуміють мене інваліда.*
11. Моя сім’я звертається до мене ... *як до нездатного жити самотійно.*
12. Люди, які оточують мене ... *не розуміють мене.*
13. Моєю найбільшою помилкою було ... *народження хворим.*
14. Моя найбільша слабкість ... *бажання бути як усі здорові.*
15. Хотілося б ... *позбутися своїх проблем.*
16. Коли я був маленьким ..., *то не розумів, що мене чекає в майбутньому.*
17. Над усе в житті я хотів ... *народитися здоровим.*
18. Самою яскравою згадкою дитинства є ..., *коли трохи не втопився у басейні.*
19. Мені дуже подобається ... *новорічні телевізійні програми.*
20. Найгірше те, ... *що ніколи не здійсняться мої мрії.*

Отже, для почуття самотності характерні такі риси поведінки особистості: відсутність природності у відносинах з оточуючими (щонайперше спілкування з протилежною статтю), визначена ригідність у стосунках, які не змінюються під впливом різних партнерів та обставин взаємодії, не відповідні суспільним уявленням вчинки, котрі супроводжуються нестандартною уявою, невміння співвідносити свої вчинкові дії з поведінкою оточуючих, великий розрив між Я реальним та ідеальним уявленням про себе як особистості, страх бути нецікавою людиною і нікому не потрібною, котрий породжує агресивність, ворожість у відносинах з однолітками, вчителями, батьками, а також нереалізована потреба у самоствердженні. У разі перепопону на шляху самореалізації особистість відчуває себе невдахою, виникає жалість до себе, вона дистанціюється від світу, утверджується тенденція приписувати свої почуття, мотиви і потреби іншим. Для юнака з вадами здоров’я причиною усамітнення є неможливість бути таким як усі, знаходитися серед людей здорових. Навпаки, здорові юнаки усамітнюються задля прояву своєї неповторності, щоб досягнути несхожості серед загалу. Якщо для особистості з вадами здоров’я найважливіша мета – домогтися схожості з іншими, то для здорової – виокремитися, утвердити у будь-якій формі свою непересічність.

Загалом внутрішніми умовами виникнення почуття самотності в особистостей з вадами здоров’я є: 1) нездатність усвідомити розходження між бажанням домогтися своїх життєвих цілей та можливістю їх реального досягнення; 2) неадекватність методів реалізації своїх цілей, способів досягнення своєї мети; 3) фіксація уваги не на способах реалізації мети, а на самій меті, яка реально недосяжна; 4) зниження значущості духовних цінностей, відмова від креативного досвіду як засобу досягнення мети; 5) втрата сенсу життя, дезорієнтація уявлень про гармонію співіснування людей у суспільстві.

Для особистості з вадами здоров'я зазначені умови є на сьогодні типовими. Молодь, на жаль, на підсвідомому рівні орієнтується на деструктивні сторони психосоціального життя суспільства. Передусім це стосується культу екстремального задоволення (молодіжна мода у царині музики, живопису, спорту, танців тощо), що у багатьох випадках не може бути зреалізованим особистістю з вадами здоров'я. До того ж її соціальна незрілість, неадекватне ставлення до власних можливостей самореалізації, драматизовані життєві уявлення, комунікативна некомпетентність, неадаптивна поведінка спричинює виникнення почуття самотності, втрати позитивних вартісних орієнтирів.

Конструктивно здолати чинники виникнення почуття самотності особистість може завдяки вільному вибору внутрішнього ставлення до проблем свого минулого, сьогодення і майбутнього. Оптимальним цільовим станом тут є баланс між двома типами ставлення до свого актуального життєвого шляху. Як зауважує В. Нуркова, у молитві Оптинських ченців закладена квінтесенція розуміння значущості цього балансу: *“Боже, даруй ясність та душевний спокій прийняти все те, що я не в змозі змінити, сміливість змінити те, що можу, і мудрість – відрізнути одне від одного”* [6]. Важливо сформувати в особистості усвідомлення свого буття як вільного простору для вибору своєї світоглядної концепції, власного життєвого сценарію, що не можуть бути нав'язані кимось чи будь-якими обставинами.

## **2. МЕТОДИЧНІ ЗАСОБИ КОНСТРУЮВАННЯ ВЛАСНОГО ЖИТТЕВОГО ШЛЯХУ ОСОБИСТОСТІ ЯК УМОВА ПОДОЛАННЯ ПОЧУТТЯ САМОТНОСТІ**

Конструювання власного життєвого шляху стає можливим за умов усвідомлення особистістю відповідальності за свої вчинки, своє життя. Особа спроможна здійснити цей вибір, якщо з нею

поводяться як з рівною, поважають її. Суспільство, звісно, створює обставини, що захищають певною мірою кожного від зовнішніх негараздів. Молодій людині, яка тільки формує свою власну ієрархію цінностей, почасти складно співвіднести їх із усталеними соціальними нормами. Успіх у розвитку внутрішньої свободи вибору особистості з вадами здоров'я головно залежить від того, наскільки суспільству вдасться допомогти їй стати володарем своєї долі, долучитися до державотворення і завдяки цьому повноцінно жити. Тоді зовнішня дійсність внутрішньо приймається особистістю, котра як центр суспільної життєдіяльності стає творцем свого повсякдення і позбавляється почуття самотності.

Важливою справою є розробка методичних засобів формування в особистості здатності до вільного життєвого вибору, спроможності будувати той життєвий простір, у якому не виникатиме почуття самотності. У цьому аспекті застосування психокорекційних методів має проводитися за загальними правилами проведення тренінгу в групі: 1) всі обговорення і дії відбуваються за принципом “тут і тепер” (якщо учасники заздалегідь не обумовлюють, що розглядається ситуація з минулого чи майбутнього); 2) учасники відкрито виявляють свої думки, почуття; 3) члени групи говорять від себе (“я гадаю”, “мені здається”); 4) у дискусії кожен звертається до конкретної людини; 5) учасники не оцінюють один одного, а описують те, що реально відбувається.

Принцип активності учасників тренінгу – необхідна умова для досягнення поставлених завдань. Будь-яка доросла людина сприймає інформацію, спираючись на свій життєвий досвід, тобто тільки вона сама може себе навчити й одночасно дає інформацію до роздумів для інших партнерів.

Обов'язковим є зворотний зв'язок. Учасники тренінгу, в тому числі й ведучий, висловлюють свої почуття, котрі виникали у них під час першої зустрічі, роблять пропозиції щодо подальших

занять. Методичні прийоми, які застосовуються під час тренінгу, – це рольова гра, дискусія, брейн-стормінг, розгляд особистих проблемних ситуацій учасників, аналіз їхнього життєвого досвіду, аналізування іншої інформації.

**Каузометрія як психокорекційний метод.** Учасники тренінгу записують на окремих аркушах 15 найбільш значущих подій життя, нумерують послідовність цих подій, знаходять зв'язки між ними. По черзі, із власного бажання, описують життєві події кожного учасника. Прослуховуючи виступи кожного, інші партнери задають запитання стосовно єдності подій, їх значущості. Проговорювання найболючіших епізодів життя надає вихід емоціям, повторним переживанням. Завдяки цьому знижується емоційне напруження, послаблюється дія стресогенних чинників.

Інші учасники висловлюють свої думки з приводу переважання певного стану особистості (за класифікацією Е. Берна) у ситуації кожного учасника. Обговорюється адекватність цього стану щодо соціальних умов життя конкретної людини та проблем, які вона розв'язує, або не може вирішити і відчуває самотність. Наголошується на “слабких” і “сильних” властивостях кожного стану, демонструється спроба переоцінити свої ставлення, по-новому осмислити власні способи реагування на ту чи іншу ситуацію.

Учасники мають змогу схематично оцінювати стан кожного і в кінці занять обмінюватися між собою своїми записками. На наступному занятті, звісно за бажанням, можна обговорити отримані оцінки певної моделі (за класифікацією Е. Берна), тобто з чим погоджуються учасники, а з чим ні і чому. Приведення аргументів на захист свого бачення стану справ, визначення конкретних причин виникнення почуття самотності призводять до певних змін у самовизначенні, уможливають коригування наявного стану самотності. Можна пропонувати намалювати ці стани, якщо вербально важко їх описати.

Малюнки – себе, дому, дерева, людини, неіснуючої тварини – дуже інформативні в діагностичному значенні, особливо стосовно виокремлення чинників виникнення самотності в особистості. Інструкції, що даються тому, хто малює, можуть бути модифіковані таким чином, щоб зосередити цінність малюнка як корелята особистості. Таке використання малюнка проектується на розвиток почуття власного “Я” і того, як саме вона бачить себе в інтерперсональних контактах. При цьому особистість має змогу звернутися всередину себе, використавши власний досвід означення свого малюнка. Невизначеність завдання закладена в тому, що можна малювати на задану тему вільно, не обмежуючись у розмірі, розміщенні зображення, інших характеристик образів. Тому будь-який малюнок віддзеркалює емоційні конфлікти і позиції особистості, оголює внутрішній досвід особистості.

У нашому дослідженні аналіз характеристик малюнка проходив за трьома критеріями. Перший пов'язаний із вивчення параметрів намальованої людини (характер штриха, особливості поєднання частин тіла та їх пропорції, заповнення кольором поверхні зображеної фігурки). Друга група характеристик стосувалася специфічних, нетипових рис малюнка, зокрема деталей – голови, зубів, плечей, очей, рук, долонь та ін. До останньої категорії емоційних чинників відносилися такі деталі, як очі, ніс, стопи, шия, або їх відсутність. У будь-якому разі різні сюжети малюнків відображали відмінні елементи самоствердження особистості. Скажімо, завдання намалювати дим стимулювало вияв асоціацій щодо змісту контактів і конфліктів особистості у сім'ї, встановлювало її статус в родині. Якщо особа вважала останній високим, то вона намалювала себе поряд з батьками, в ситуації ізольованості – окремо від членів сім'ї, десь осторонь, поза вчинкових дій з батьками. Малюнок дерева виявляв більш глибокі і, можливо, менш усвідомлювані почуття свого Я, малюнок людини – безпосередні життєві переживання, хоча й

не завжди усвідомлювані.

Методика “Намалюй людину під дощем” є цікавою версією проєктивного методу Арнольда Абрамса і Абрахама Ємчина (1967 рік), з допомогою якої можна визначити характеристики особистості у стресогенній ситуації (наприклад, під дощем). Інформативним тут є реагування особи на ситуацію стресу, передусім в аспекті актуалізації власних ресурсів, уміння планувати свої дії, захищатися під тиском нерозв’язаних проблем.

Найчастіше особистості з почуттям самотності відтворюють у цьому малюнку нездатність перебороти проблему, пригніченість, паніку, неможливість утечі, “відторгнення”, зображуючи мокру людину, без парасольки, а відтак незахищену нічим. Такий малюнок виявляє відсутність поваги особистості до самої себе і, найвірогідніше, наявність власних проблем з незалежністю, неможливістю прийняти виклик і здолати його. Якщо особистість вірить у свої сили, може перебороти проблеми, то вона малює захисну одягу, парасольку. Порівнюючи усі малюнки є можливість виділити найважливішу проблему особистості (у доповненні даних за методикою ТАТ і тестом Роршаха). Типовою виявляється пасивність особистості в контактах з іншими, переважання страхів у стресогенних ситуаціях і низького почуття власної гідності.

Малювання на вільну тему, провокує потік вільних асоціацій, а тому використовується в арт-терапії на початку сесій. Ця техніка також корисна у ситуації відмови особистості обговорювати проблему самотності, ізоляваності, котру вона переживає дуже болісно. Вільне асоціювання дає змогу упорядкувати свої почуття, ставлення до оточуючих, загальний погляд на світ, а також вивільняє почуття і пригнічені емоції. Завдання намалювати все, що забажається, згодом сприяє вербалізації своїх думок і почуттів, які виникають у процесі художньої роботи, а відтак стимулює фантазування, неусвідомлені й усвідомлені акти діяння-творення. Маргарет Намбург (1966),

застосовуючи цю методику, вважала найважливішою спонтанність та асоціативність, котрі супроводжували опосередкований самовияв слабких і сильних сторін особистості. Саме цей метод найкраще підходить для випадків уникнення болісного самоаналізу, оскільки є можливість образно реконструювати свою історію життя, свої проблеми.

Тренінг розвитку когнітивної стратегії мав на меті пошук альтернатив, допоміжних засобів у розв’язанні життєвих проблем. У контексті “мозкового штурму”, аргументації та контраргументації особистостей з вадами здоров’я він давав змогу обговорювати всі можливі стратегії поведінки, актуалізувати варіанти альтернативних рішень у комунікативних проблемних ситуаціях, оцінювати обґрунтованість своїх виборів, з’ясувати їх життєспроможність. Особистість могла не усвідомлювати певні зміни у власному баченні своїх “катастроф”, але у процесі тренінгових занять повно актуалізувалися її високі відчуття, стани, уявлення.

Вправи на оцінку стресових подій життя дозволяли осмислити адекватність вибору поведінкових стратегій під час розв’язування особистісних проблемних ситуацій. Пропонувалося пригадати та оцінити низку негативних подій і те, як вони вплинули на життєвий шлях. Це висвітлювало світоглядні настанови кожного учасника, особливо в зосередженні на життєвих негативах. Будь-яка зміна в оцінюванні з крайніх полярних позицій у бік середньої давала позитивний ефект, розширювала світобачення особистості і водночас допомагала впоратися з наслідками певних помилок.

Після проходження тренінгу учасники відчували певне полегшення, персональну причетність до проблем інших на тлі зниження емоційного напруження. Та й “несхожість на інших” втрачала свою вагу. Підлітки спокійніше сприймали свої почуття дискомфорту в певних ситуаціях, які раніше загалом викликали в них фрустрацію, паніку. Факт вади здоров’я в особистості тепер сприймався як даність,



котра не заважає самореалізації, не впливає на актуальні життєві події. Вибір оптимістичного життєвого стилю давав змогу краще контролювати власні реакції на певні проблемні ситуації, активізувати бажання допомогти іншим у здоланні їхніх проблем. До цього варто додати ефект фоновості у групі, де особи з різними вадами здоров'я прагнули переглянути "нещастя" у порівнянні з незручностями і клопотами інших. Вільний вибір власного життєвого шляху ставав для багатьох учасників можливістю відчути себе щасливими й робити те, що хочеться, а не те, що очікують оточуючі.

### ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. Почуття самотності виникає як серйозна проблема під дією багатьох чинників: проблем фізичного стану особистості (специфіки наслідків певної вади здоров'я), соціальних, вікових, суб'єктивних та актуальних подій.

2. До соціальних факторів, які можуть опосередковувати виникнення почуття самотності, належать: культурні традиції, суспільні норми, соціальні ставлення, ситуації сімейного виховання (родина, у якій один з батьків інвалід, або здорові батьки, які виховувалися інвалідом чи мали досвід проживання з останнім), виховання дитини без батьків (інтернат), недоречний характер внутрішніх сімейних взаємостосунків (гіперопіка, непорозуміння, відсутність опіки), специфіка взаємин з однолітками (здоровими та інвалідами) тощо.

3. Віковими чинниками, які впливають на розвиток почуття самотності, є: розвиток самосвідомості, кризи самооцінки та ідентичності, зміна кола спілкування (вступ до ВНЗ, іншого навчального закладу, професійне становлення), низька самооцінка, негативне самосприйняття, страх вітторгнення, сором'язливість,

недостатній розвиток комунікативних навичок, соціально визнаних форм самовияву, неадекватні навички соціальної взаємодії, нереалістичні особистісні ідеали та інші недоречності суб'єктивно-індивідуального формату, котрі спричиняють виникнення й ускладнення почуття самотності.

4. Суб'єктивне сприйняття невизнаності у колі однолітків на тлі бажання бути у групі, в якій можна розраховувати на лідерство чи принаймні на відповідний статут, несприятливі умови особистісного розвитку в контексті групового відокремлення також породжують страх перед оточуючим світом "інших, не таких як я", а відтак стимулюють незахищеність, самотність.

5. Психокорекційні методи допомагають особистості інтегруватись у суспільство через підвищення самостійності у виборі життєвих стратегій, продуктивності соціальної активності, упевненості у свої сили, можливості внутрішньо перебороти життєві проблеми.

1. Зелінська Т. Залежна любов як амбівалентність відданих сімей // Психологія і суспільство. – 2003. – №2. – С. 38–51.

2. Минигалиева М.Р. Дети с особыми нуждами и их семьи: проблемы и помощь // Психологические проблемы современной российской семьи. – Часть 3. – М., 2003. – С. 93–102.

3. Киселева В.А. Влияние семьи и типа семейного воспитания на переживание одиночества в подростковом возрасте // Психологические проблемы современной российской семьи. – Часть 3. – М., 2003. – С. 50–53.

4. Климчук В., Музика О. Методи математичної статистики у психології. Методичний посібник. – Житомир, 2003. – 74 с.

5. Кроник А., Ахмеров Р. Каузометрия. – М., 2003. – 285 с.

6. Нуркова В.В. Совершенное продолжается: Психология автобиографической памяти личности. – М., 2000. – 235 с.

7. Остер Д., Гоулд П.П. Рисунок в психотерапии. – М., 2004. – 179 с.

8. Психология життєвої кризи / Під ред. Т.М. Титаренко. – К., 1998. – 254 с.

9. Сіляєва В.І. Психологічне вивчення та корекція образу Я у самотніх жінок. Автореферат дис... канд. психол. наук. – Харків, 2004. – 20 с.

10. Столин В.В. Самосознание личности. – М.: Из-во МГУ, 1983. – 286 с.

11. Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии. – М.: Наука, 1977. – 144 с.

12. Шиги Г. Возрастные кризисы. Ступени личностного роста. – СПб.: Питер, 1999. – 325 с.

13. Эриксон Е. Идентичность: юность и кризис. – М., 1996. – 344 с.

Надійшла до редакції 25.05.2004.