

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика, прикладная психология»

(наименование)

37.03.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)

на тему **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ САМОРЕАЛИЗАЦИИ
ЛИЧНОСТИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ**

Студент

Ю.А. Васильева

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

к.п.н., Л.Ф.Чекина

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

Тольятти 2021

Аннотация

Бакалаврская работа посвящена актуальной проблеме исследования психологических особенностей самореализации личности лиц с ограниченными физическими возможностями.

Целью работы является выявление психологических характеристик самореализации личности лиц с ограниченными физическими возможностями.

В ходе работы решаются задачи: рассмотреть зарубежные и отечественные концепции по изучению самореализации как психического процесса; охарактеризовать портрет личности с ограниченными возможностями здоровья; рассмотреть особенности самореализации лиц с ограниченными физическими возможностями; провести эмпирическое исследование по выявлению психологических характеристик самореализации лиц с ограниченными возможностями на примере сотрудников организации ООО «Север».

В работе представлен теоретический обзор исследований психологической сущности и структуры понятия самореализация личности, проводится характеристика личности с ограниченными возможностями здоровья, рассматриваются особенности самореализации лиц с ограниченными физическими возможностями.

В бакалаврской работе представлена актуальность исследования, научный аппарат, теоретические положения работы, экспериментальная часть, заключение, список используемых литературных источников (40 источников). Объем работы – 50 страниц.

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретические подходы к проблеме самореализации личности лиц с ограниченными физическими возможностями.....	7
1.1 Психологическая сущность и структура понятия самореализация личности.....	7
1.2 Характеристика личности с ограниченными возможностями здоровья.....	12
1.3 Особенности самореализации лиц с ограниченными физическими возможностями.....	16
Глава 2. Эмпирическое исследование психологических характеристик самореализации личности лиц с ограниченными физическими возможностями.....	20
2.1 Организация и методы исследования.....	20
2.2 Анализ полученных результатов по исследованию психологических характеристик самореализации личности лиц с ограниченными физическими возможностями.....	22
2.3 Разработка рекомендаций по повышению самореализации личности лиц с ограниченными физическими возможностями.....	41
Заключение.....	44
Список используемой литературы.....	46

Введение

Несмотря на многочисленные теоретические и эмпирические исследования, проблема самореализации личности не теряет актуальности и практической значимости и на современном этапе развития психологической науки. Особое значение изучение этого феномена приобретают в контексте исследования особенностей самореализации лиц с ограниченными физическими возможностями (ОФВ).

Объяснить феномен самореализации возможно при условии, если само явление самореализации рассматривать как систему, и одновременно как элемент вышестоящей системы – человека. В рамках синергетического подхода понятие «самореализация» выступает, как постоянное движение в направлении осложнения, саморазвития, наращивание себя, которая позволяет личности открывать в окружающем мире новые возможности [1].

Самореализацию личности понимают, как результат открытости психологической системы в окружающий мир, в будущее, которое определяет интенциональность движения системы, ее способность к взаимодействию с миром с целью реализации жизненных выборов.

Актуальность. Хронические заболевания и физические дефекты, выступая в роли функционального ограничения возможностей взаимодействия человека со средой, вызывают не только ухудшение соматического состояния человека, но и частое возникновение нарушений развития личности, личностного функционирования, построения эффективных стратегий самореализации личности. Потому проблема самореализации лиц с ограниченными физическими возможностями является актуальной в современном мире.

Степень разработанности темы исследования. Большой вклад в изучение самореализации личности внесли: К.А. Абульханова-Славская, А.Г. Асмолов, Т. Грининга, С. Грофа, К. Грофа, Р. Мэй, Д. Робертса, В. Франкл. Изучением самореализации личности с ограниченными

возможностями здоровья занимались: Б. Г. Ананьев, А. В. Брушлинский, А. Маслоу, Г. Олпорт, К. Роджерс, С. Л. Рубинштейн, В. А. Петровский, Б. Ф. Ломов, Л. Ф. Обухов, О. И. Скороходов, В. И. Слободчиков, А. В. Суворов.

Цель исследования – является выявление психологических характеристик самореализации личности лиц с ограниченными физическими возможностями.

Объект исследования – самореализация человека с ограниченными возможностями.

Предмет исследования – психологические особенности и реализации человека с ограниченными возможностями.

Гипотеза исследования:

– основными психологическими компонентами самореализации личности с ограниченными физическими возможностями здоровья выступают: субъективное отношение к своему физическому ограничению, осмысленность жизни, субъектность личности;

– объединение вышеназванных компонентов раскрывает основные формы и типы самореализации личности с ограниченными физическими возможностями здоровья.

Для достижения поставленной цели были выдвинуты следующие **задачи:**

– рассмотреть зарубежные и отечественные концепции по изучению самореализации как психического процесса;

– охарактеризовать портрет личности с ограниченными возможностями здоровья;

– рассмотреть особенности самореализации лиц с ограниченными физическими возможностями;

– провести эмпирическое исследование по выявлению психологических характеристик самореализации лиц с ограниченными возможностями на примере сотрудников организации ООО «Север»;

– разработать рекомендации с целью повышения уровня самореализации лиц с ограниченными физическими возможностями, на примере сотрудников организации ООО «Север».

Методы и методики исследования: теоретические (анализ и синтез научных трудов по теме исследования), эмпирические (анкетирование, тестирование), математическая и графическая обработка полученных эмпирических данных.

Для диагностики особенностей самореализации лиц с ограниченными физическими возможностями были использованы следующие методики:

- Личностный опросник Бехтеревского института – ЛЮБИ;
- Тест-опросник самоотношения личности (С.Р. Пантелеев);
- Тест суждений самореализации личности (С.И. Кудинов);
- Опросник мотивации успеха и боязни неудачи (А.А. Реана).

Методология исследования: при написании данной выпускной квалификационной работы выступили труды учёных: С.Л. Рубинштейна, А.В. Суворова, Б.Г. Ананьева, А. Маслоу.

Теоретическая значимость: в работе проведён анализ теоретического материала по теме исследования, дано определение понятию «самореализация», рассмотрены особенности самореализации лиц с ограниченными физическими возможностями. Аналитические данные могут служить диагностическим и прогностическим целям.

Практическая значимость исследования состоит в том, что предложенные рекомендации могут быть использованы специалистами, а также самими людьми для развития совершенствования собственной самореализации на профессиональном уровне.

Структура выпускная квалификационная работа включает: введение, теоретическую и эмпирическую главу, заключение, список используемой литературы в количестве 40 источников. Текст работы содержит 2 таблицы, 12 рисунков.

Глава 1 Теоретические подходы к проблеме самореализации личности лиц с ограниченными физическими возможностями

1.1 Психологическая сущность и структура понятия самореализация личности

Изучением данной работы занимались такие ученые как А. Адлер, А. Бандура, А. Маслоу, Р. Мэя, Г. Олпорт, Ф. Перлз, К. Роджерс, В. Франкл, З. Фрейд, Э. Фромм, К. Хорни, К. Юнг [2, 3, 6, 23, 26, 27, 36, 37, 39, 40].

Категория «самореализация» впервые появилась в гуманистически ориентированных концепциях развития личности и соответствующих им психотерапевтических практиках. Еще в 1934 году в своем главном труде «Организм. Холистический подход» К. Гольдштейн, известный немецкий нейрофизиолог, показал недостаточность понятия гомеостаза для живых организмов. В противовес представлениям о множестве инстинктов и потребностей, Г. Гольдштейн первым ввел в научный оборот понятие «самореализация», и определил как «творческую тенденцию человеческой природы, в основе развития и совершенствования организма» [1, с. 104].

К. Левин – гештальт-психолог, автор теории психологического поля – считал, что поведение человека определяется целостным сочетанием жизненного пространства человека, балансом между потребностями организма и объектами внешней среды. В отличие от «полевого», ситуативного поведения, когда человек подчиняется обстоятельствам, например, социальным стереотипам, самореализация личности является целенаправленным, «личностным» действием, включает способность противостоять «силам поля», действовать под их влиянием, а в соответствии с собственными целями, собственного «личностного плана» [22].

В. Франкл – известный представитель экзистенциального направления в психологии и создатель логотерапии и теории смысла считал, что личностный рост не сводится только к самореализации: «Человек

возвращается и занимается собой, только если у него нет смысла жизни. Идеализация самовыражения, если она является самоцелью, делает невозможным существование значимых отношений. Основным в отношениях любви является не свободное самовыражение, а выход за пределы себя и любовь бытия других» [36, с. 186-187].

Согласно К.Г. Юнгу, каждый индивид имеет тенденцию к индивидуации – становления себя, процесс развития человека, включая установление связей между Эго – центром сознания и самостью – центром души, сочетает сознательное и бессознательное. Итог осуществления индивидуации ученый называл самореализацией.

К.Г. Юнг считал, что именно это является конечной стадией развития личности, достижимой только для способных и высокообразованных людей, которые, вместе с тем, обладают определенными возможностями для этого. В силу определенных ограничений самореализация недоступна для большинства людей [40].

Некоторые идеи К. Юнга перекликаются со взглядами на становление личности Р. Ассаджоли, высказанными им в теории психосинтеза. Понятие «самореализация» ученый использует для обозначения двух разновидностей расширения сознания. Первый из них представляет собой «самореализацию, то есть психический рост и созревание, пробуждение и проявление скрытых возможностей человека – этических, эстетических, религиозных переживаний и форм деятельности» [4, с. 43]. Вторая разновидность – самореализация как самопостижение – «постижение себя, переживание и осознание своей Самости как синтезирующего духовного центра» [4, с. 44].

Представитель неопрейдизма Э. Фромм считает, что «людям присуще глубоко укоренившееся желание ... реализовать свои способности» [38, с. 126].

Самореализация же является субстанциональной потребностью личности, которая отображается в системе взглядов и действий, которую соблюдает определенная группа людей, и которая служит индивидууму

схемой ориентации и объектом поклонения. Истинную самореализацию индивида Э. Фромм связывает с практическим воплощением принципа бытия и адекватной ему формы отношений между людьми – любовью. «Есть только одна страсть, которая удовлетворяет потребность человека в единении с миром и, одновременно, в достижении чувства целостности и индивидуальности – любовь» [38, с. 452].

Самореализация с точки зрения представителей гуманистической психологии понимается как процесс и результат, связанный с появлением самоактуализации, зрелости, когда рост личности не заканчивается, а определяется внутренними психологическими, личностно-смысловыми причинами. Данное утверждение можно проследить у одного из основателей гуманистической психологии и теории самоактуализации А. Маслоу, который определяет последнюю как «непрерывную реализацию потенциальных возможностей, способностей и талантов, свершения своей миссии или призвания, судьбы и так далее, более полное познание и, следовательно, принятие своей собственной первоначальной природы, постоянное стремление к единству, интеграции, или внутренней синергии личности» [24, с. 49].

К. Роджерс считает, что тенденция движения вперед реализуется только при условии ясного восприятия и адекватной символизации человеком своих выборов. Как индикатор таких условий К. Роджерс использует понятие «конгруэнтность», понимая при этом точное соответствие между опытом, что переживает личность, и его сознание. Конгруэнтный человек – искренний в своих чувствах и их проявлениях, не прибегает к самообману, достаточно знает себя, способен создавать доверительные отношения [29, 30].

Как указывает философ И. Костерина, «термин «самоактуализация» достаточно часто используется как синоним самореализации. Поэтому вся история формирования идеи самоактуализации связана с разграничением или совпадением в различных концепциях и теориях этих двух понятий» [18,

с. 239]. Безусловно, такая ситуация создает терминологическую неопределенность и невозможность формирования единого научного понятийного аппарата понимания развития личности.

Причиной такого отождествления является неопределенность тех или иных аспектов саморазвития личности, которые должны отражаться в соответствующих понятиях. Поэтому термин «самореализация» (selfrealization) часто является синонимом «реализация своих возможностей» (self-fulfillment) и «самоактуализация» (selfactualization)» [1, с.46].

Даже в работах А. Маслоу, который является основателем системной разработки и активного внедрения термина «самоактуализация» в научный оборот, он постоянно используется как синоним термина самореализации. Более того, именно он осуществлял своего рода теоретическое обоснование такой позиции, подчеркивая содержательную тождественность целого ряда понятий, которые относятся к пониманию сущности процесса развития личности. В частности, он утверждал: «Создается впечатление, будто у человечества есть единственная конечная цель, отдаленная цель, к которой стремятся все люди. Разные авторы называют ее по-разному: самоактуализация, самореализация, интеграция, психическое здоровье, индивидуализация, автономия, креативность, производительность, но все они согласны с тем, что все это синонимы реализации потенций индивида, становление человека в полном смысле этого слова, становление тем, кем он может стать» [24, с.142]. Итак, мы видим, что А. Маслоу считает, что вышеперечисленные понятия идентичны друг другу, с чем не можем согласиться.

Однако следует признать, что у него были достаточно веские причины говорить о многозначности терминологии, в которой исследователи проблемы личностного развития описывали фактически один и тот же предмет. Даже беглый анализ проблемы подтверждает отсутствие устойчивого терминологического аппарата, который бы хотя бы в наиболее

общем приближении совмещал те или другие концепции личностного развития у разных авторов.

В Новое время Ф. Бэкон считал, что процесс саморазвития – это процесс самосозидания человеком самого себя, поскольку человек способен осуществить судьбу собственными усилиями. В основе самосозидания человека находятся метод научного познания и большая направленность цели, которые в целом обеспечивают жизненный успех. Зато Л. Фейербах в качестве основной цели развития человека видел единство Я и Ты, которое обеспечивается на основе познания Я через искусство и веру человека в самого себя [5, 27].

В процессе самоактуализации М.Г. Ткалич выделены следующие основные этапы:

- самоопределения;
- самовыражение;
- личностная самореализация;
- достижения профессионального «акме».

И к результатам самоактуализации отнесены:

- личностная зрелость (самоэффективность; личностная компетентность);
- профессионально-управленческая зрелость (профессионализм, профессионально-управленческая компетентность, профессионально-управленческое самосознание);
- организационные достижения (развитие кадрового потенциала организации, использование более гибкой и эффективной модели управления);
- социально-полезные достижения организации (осознание общечеловеческого, общекультурного значения поставленных целей; благотворительная деятельность, меценатство, спонсорская деятельность) [11, 15].

Таким образом, рассмотрев ряд психологических теорий, по-разному подходят к проблеме самореализации, самореализацию личности можно рассматривать как мотив, как опредмечивание ее сущностных сил и потребностей, определяют стремление к развитию своего потенциала. Как процесс, развернутый во времени, самореализация, предусматривает последовательность этапов достижения результатов деятельности, причем как объективных, имеющих социальную значимость, так и индивидуальных, имеющих субъективную осознаваемую значимость.

1.2 Характеристика личности с ограниченными возможностями здоровья

Понятие «инвалид» эволюционирует и перестает использоваться, но остается в ряде отечественных законопроектов, документов международных организаций и отдельных стран и имеет достаточно глубокие исторические корни, поскольку происходит от латинского «invalidus», что в переводе означает «слабый, бессильный» [34, с. 191].

Согласно «Декларации о правах инвалидов» инвалид – это любое лицо, которое не может полностью или частично самостоятельно обеспечить потребности для нормальной жизни через недостаток его физических и умственных способностей, приобретенных с рождения или в процессе жизни [14].

Определение инвалидности как нарушений функций организма, является препятствием выполнения профессиональной деятельности, приведены и в словарях.

Термина «лица с ограниченными физическими возможностями» предлагает придерживаться В.А. Красномовец, который считает, что он наиболее полно характеризует такую категорию населения, как люди с инвалидностью. Вместо этого, отмечает автор, применяемые понятия «лицо с ограниченными возможностями» и «люди с особыми потребностями»

оперируют несколько шире значениями, чем к применяемой группе людей. Так, по его мнению, к категории лиц с ограниченными возможностями можно отнести и мать четверых детей, возможности экономической активности которой значительно ограничены процессом ухода и воспитания. В число людей с особыми потребностями можно включить наркозависимых, потребности которых являются специфическими.

В.А. Красномовец предлагает следующее определение понятия «человек с ограниченными физическими возможностями» – это лицо с врожденными или приобретенными стойкими расстройствами функций организма, который нуждается в помощи для осуществления полноценной жизнедеятельности, развития и интеграции в общество, таким образом, подчеркивая не только состояние здоровья указанной категории населения, но и подчеркивая необходимость ее развития и ощущения полноценности [18].

В соответствии с Конвенцией о правах инвалидов: «Инвалид – это лицо с устойчивыми нарушениями здоровья (физическими, психическими, сенсорными и интеллектуальными нарушениями), которые, взаимодействуя с различными барьерами мешают полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими» [7]. Таким образом, инвалидность – это одна из форм социального неравенства.

Понятие «человек с ограниченными возможностями» становится в противоположность тому, что есть люди с «неограниченными возможностями», то есть «здоровые».

Термин «лицо с особыми потребностями» также вызывает ряд неприятных ассоциаций, провоцируя дискуссии относительно того, какие именно потребности являются настолько особенными, отличая их от «здоровых» людей.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сделала существенный вклад в определение понятия «инвалид». В 1980 году ВОЗ под руководством П. Вуда сформулировала официальное определение инвалидности

(International Classification of Impairment, Disability and Handicap, ICIDH). Обоснованно разницу между повреждением (нарушением) и гандикапом. Повреждение вызывает «ненормальное» функционирование органа или части тела, ограничивает ежедневную психическую или физическую работоспособность человека. Гандикап определяется как ограничение выполнения конкретных социальных ролей, адаптации человека в обществе за счет физических, умственных, психологических, социальных процессов, а иногда их симбиоза. Эта типология предполагает наличие физической и психологической «нормальности», инвалидность – отклонение от имеющихся норм, касающиеся физического и психического функционирования человека.

Стандартные правила выравнивания возможностей для людей с особыми потребностями, приняты Генеральной Ассамблеей ООН в 1993 году, отмечают, что в конце 1960-х – начале 1970-х годов организации инвалидов в некоторых странах начали формулировать новые концепции инвалидности [14].

Она указывает на то, что ограничения, влияющие на людей с особыми возможностями, связанные со структурой среды, в которой они живут, и отношением общества. С тех пор все чаще говорят о социальном определении инвалидности, признавая, что инвалидность является результатом барьеров, с которыми сталкивается инвалид. Впервые инвалидность была определена с точки зрения отношений между лицами с ограниченными возможностями и средой, в которой они живут, в Глобальной программе действий для инвалидов, принятой Генеральной Ассамблеей в 1982 году. Позже определили понятие «инвалидность», например, в классификации Всемирной организации здравоохранения (2001 год) [14].

Определения, разработанные еще в рамках Международной классификации инвалидности, принятой Всемирной организацией здравоохранения, не являются вполне адекватными, поскольку они

недостаточно объясняют взаимодействие между социальными условиями и ожиданиями, и возможностями личности.

Таким образом, европейское определение более или менее точно пытается показать, прежде всего, обязательства оказывать помощь людям, которые могут столкнуться с трудностями при ее самостоятельном получении; это указывает на то, что такой человек имеет меньше шансов удовлетворить свои основные жизненные потребности, чем другие [12].

Определение, предложенное Всемирной организацией здравоохранения, было обвинено в сокращении проблем людей с ограниченными возможностями только к медицинским вопросам, следовательно, четком игнорировании социальных и культурных аспектов, связанных с инвалидностью. Работа в этой сфере, которая длилась много лет, привела к созданию Международной классификации функционирующей инвалидности и здоровья (ICF) в 2001 году. Она отражает четкую смену общественного отношения к инвалидности [14].

Возвращаясь к поставленному вопросу о соотношении исследуемых понятий, можем констатировать, что все инвалиды являются одновременно лицами с ограниченными возможностями здоровья. При этом обратное утверждение не будет правильным, поскольку не все люди с ограниченными возможностями здоровья являются инвалидами, ведь, во-первых, их отклонения от нормального здоровья могут иметь кратковременный и обратимый характер; во-вторых, упомянутые отклонения не порождают существенных ограничений при реализации жизненно важных функций в ключевых сферах жизнедеятельности; в-третьих, люди с ограниченными возможностями здоровья могут не получать официальный статус инвалидов с обязательной социальной защитой. Для определения конкретных видов инвалидности используется, например, такое разделение: люди с психическими расстройствами (то есть с недостатками умственного развития и психическими заболеваниями), люди с физическими недостатками (то есть с двигательными нарушениями), с сенсорными нарушениями (люди с

сенсорными расстройствами, в частности слепые и слабовидящие люди, глухие и слабослышащие), комплексная инвалидность [28].

Используя критерии для определения конкретных видов инвалидности, можем различать людей с хроническими заболеваниями внутренних органов, например, сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В ситуации, когда критерием деления является период жизни, в котором произошла инвалидность, выделяются люди с ограниченными возможностями здоровья от рождения или очень раннего детства; люди с ограниченными возможностями, получившие повреждения здоровья в разные периоды своей жизни, среди которых есть люди с ограниченными возможностями вследствие различных заболеваний, через профессиональные заболевания и несчастные случаи на производстве, несчастные случаи, связанные с военными действиями, а также изменения, вызванные старением тела и болезнями старости [25].

Итак, по результатам теоретического анализа можно сделать вывод, что инвалидность является личной трагедией конкретного человека. С социальной точки зрения инвалидность возникает вследствие ограничений, которые несут те, кто пострадал, таких как индивидуальные предубеждения, сложный доступ к коммунальным зданиям, неподходящая транспортная система и решения в рынке труда, за исключением людей с ограниченными возможностями. Причиной инвалидности является не личность, а социальные и экономические барьеры. Инвалидность является следствием барьеров, с которыми сталкивается личность.

1.3 Особенности самореализации лиц с ограниченными физическими возможностями

Анализ проблемы инвалидности свидетельствует о разнообразии подходов к ее рассмотрению – от неприятия и изоляции как «неполноценных членов» к необходимости интеграции лиц с инвалидностью в общество,

создание для них безбарьерной среды [8]. С точки зрения дефектологии, лицо, развитие которого затруднено дефектом, не просто менее развито, чем другие, оно развито по-другому. Когда такое лицо попадает в среду здоровых людей, у него возникает новый опыт, как следствие, новая информация о себе, которая, возможно, не совпадает с прошлым опытом и оценкой себя. Таким образом, интеграция в среду здоровых людей – это принципиально другая жизненная ситуация, которая неизбежно влияет на дальнейшее личностное развитие [11].

В современных исследованиях лиц с инвалидностью все чаще на передний план выдвигаются общепсихологических и социально-психологические проблемы, а именно нарушения выступают не столько как поле для коррекционной работы психолога, сколько как условие или система условий для нее [7]. Сфера внимания психологических исследований направлена на изучение и развитие ресурсов адаптации и самореализации лиц с инвалидностью. Субъективным аспектом качества жизни людей с инвалидностью является психологическое благополучие личности, является интегральной самооценкой самоэффективности в определенных условиях развития. Ведущая роль в продвижении к реализованному качеству жизни лиц с инвалидностью принадлежит их психологическим ресурсам, а также отношению к собственной инвалидности и самоотношения [13, 16].

Для того чтобы человек с ограничениями по здоровью (с инвалидностью) мог использовать возможности пространства, он должен быть, как минимум, включен в это пространство, быть к нему адаптирован, иметь доступ к ресурсам и сформирован социальный капитал. Чтобы включение было успешным, необходимо сделать это максимально рано (как только родился), в связи, с чем сформированное инклюзивное пространство образовательных организаций (дошкольных, школьных, профессиональных: колледжей и университетов) приобретает особое значение. Если в образовательных организациях сформировано инклюзивное пространство, ребенок/молодой человек, имеющий ограничения, осваивает навыки

самореализации, учиться получать от этого удовольствие, особенно если получает признание в группах и у воспитателей/учителей/преподавателей [21, 31]. Если зависимость между инклюзией (инклюзивным пространством) и самореализацией очевидна, то ситуация отсутствия инклюзии воспринимается как фрустрирующая (она блокирует важную социальную потребность) [11].

Самореализация невозможна без саморазвития, но если самореализация ситуативная и предполагает конкретный результат, то саморазвитие – это жизненная стратегия, основанная на каких-то навыках и имеющая более или менее четкие цели. «Саморазвитие – сознательная деятельность человека, направленная на возможно более полную реализацию себя как личности. Саморазвитие предполагает наличие ясно осознанных целей деятельности, идеалов и личностных установок» [9]. Для ребенка (и вообще человека любого возраста), имеющего инвалидность, приобретение навыков саморазвития связано с все с тем же инклюзивным пространством, а также, что немаловажно, с наличием референтных людей, ориентирующих его на приобретение данных навыков. Отсюда роль дополнительного образования (в том числе кружков, секций) при реализации государством и обществом инклюзивной политики возрастает. Поэтому, видимо, есть смысл в формировании социокультурного по своему содержанию инклюзивного пространства. Если самореализацию «можно охарактеризовать как самовыражение, направленное на преобразующую деятельность по отношению к самому себе через признание себя другими, в сотворчестве с ними и обществом в целом, с целью изменения реальности» [10], то признание приобретает особое значение, и чем больше социальный капитал и шире круг возможностей в социокультурном инклюзивном пространстве, тем вероятнее самореализация, то есть конкретные результаты [32, 34]. Поскольку принято считать, что самореализация может проявляться во всех сферах деятельности, то в качестве основных для социокультурного инклюзивного пространства можно назвать научную сферу, сферу культуры

и искусства, сферу общественной активности. Кроме того, отдельно выделяется профессиональная самореализация. Если профессиональная самореализация осуществляется одновременно с самореализацией в других обозначенных сферах, то и удовлетворение от реализованной потребности будет сильнее [33, 35]. Тогда человек с ограниченными возможностями почувствует себя включенным в мейнстрим, или основной поток социальной жизни. Соответственно этому будут формироваться такие личностные характеристики, как: доверие к себе, к другим, к миру; личностная, социальная, профессиональная идентичность; социализированность и способность/готовность адаптироваться к социальным ситуациям [12]. Положительное влияние на развитие личности оказывает двойной эффект от самореализации в нескольких сферах. Для человека с инвалидностью это даже важнее, чем для человека с нормой здоровья, но требует преодоление себя (недоверия, несформированной идентичности, неготовности к адаптации) [17].

Возможность совместить профессиональную самореализацию и самореализацию в других сферах человеку с инвалидностью дает университет. Обязательным условием при этом остается сформированное социокультурное инклюзивное пространство. Кроме совмещения сфер самореализации здесь сохраняется условие раннего включения. Молодые люди, имеющие ограничения по здоровью, приходят в университет достаточно осознанно, а, следовательно, с определенной мотивацией. С точки зрения А. Маслоу, «... человек, стремящийся к самореализации, в большей степени живет в реальном мире, чем в мире абстрактных идей или стереотипов» [8], а молодые люди, поступившие в университет, уже достаточно точно распознают «реальный мир» и «фантазии». Более того, ориентация на профессиональную деятельность делает самореализацию осознанной и целенаправленной. Наличие возможностей проявлять свой потенциал в социокультурной, научной и общественной деятельности придает всем психологическим процессам большую легкость.

Глава 2 Эмпирическое исследование психологических характеристик самореализации личности лиц с ограниченными физическими возможностями

2.1 Организация и методы исследования

Исследование проводилось на базе ООО «Север». Выборка состояла из 25 лиц с ограниченными физическими возможностями, из которых 47% женщин и 53% мужчин.

Методической основой исследования выступал следующий психодиагностический инструментарий.

– Для исследования внутренней картины болезни, физического дефекта, как совокупности когнитивных, эмоциональных и поведенческих реакций на собственный физический дефект мы использовали «Личностный опросник Бехтеревского института – ЛОБИ». Методика создана сотрудниками Санкт-Петербургского института им. В.М. Бехтерева, под редакцией А.Е. Личко, базируется на теоретической концепции «психологии отношений» (А. Лазурский, С. Франкл, В. Мясичев). Эта методика диагностирует паттерн отношений как к собственной болезни и ее последствиям, так и к значимым отношениям человека: отношения к родным и социальному окружению, работе, будущему, одиночеству, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит).

Результаты экспериментального исследования типа отношения к собственному заболеванию, физическому дефекту мы анализировали в двух направлениях: определяли тип отношения или личностное реагирование на физический дефект (болезнь) и внутреннюю картину болезни (физический дефект), как многомерную систему отношений к дефекту, которая включает в себе отношения ко всем значимым сторонам жизни человека.

– Тест-опросник самооценки (С.Р. Пантелеев).

Методика предназначена для выявления структуры самоотношения личности, а также выраженности отдельных компонентов самоотношения: закрытости, самоуверенности, саморуководства, отраженного самоотношения, самооценности, самопривязанности, внутренней конфликтности и самообвинения.

Самоотношение понимается в контексте представлений личности о смысле «Я» как выражение смысла «Я», как обобщенное чувство в адрес собственного «Я». В основу понимания самоотношения положена концепция самосознания В.В. Столина, который выделял три измерения самоотношения: симпатию, уважение, близость.

– Тест суждений самореализации личности (С.И. Кудинов) [19, 20].

Методика позволяет выявить психологические особенности самореализации, диагностировать различные виды самореализации личности: социальную, профессиональную и личностную. Тест содержит 102 вопроса. В основе методики заложено 17 шкал:

- 1 – осмысленность целей-ценностей самореализации;
- 2 – осведомленность целей ценностей (ценностно-целевой компонент);
- 3 – энергичность;
- 4 – аэнергичность (динамический компонент);
- 5 – оптимистичность;
- 6 – пессимистичность (эмоциональный компонент);
- 7 – интернальность;
- 8 – экстернальность (организационный компонент);
- 9 – социоцентризм;
- 10 – эгоцентризм (мотивационный компонент);
- 11 – креативность;
- 12 – консервативность (когнитивный компонент);
- 13 – конструктивность;
- 14 – деструктивность (прогностический компонент);
- 15 – социальные барьеры самореализации;

16 – личностные барьеры самореализации (компетентно-личностный компонент);

17 – дополнительная шкала (искренность).

– Опросник мотивации успеха и боязни неудачи (А. А. Реана).

Состоит из двадцати вопросов. Результаты опроса позволяют определить доминирующий мотив. Так, у респондентов получающих от 1 до 7 баллов диагностируются мотивы избегания неудачи, от 8 до 13 баллов – мотивационный полюс не определен, а респонденты получающие от 14 до 20 баллов имеют мотивацию достижения успеха, то есть стремятся к достижениям.

Так, мотивация на избегание неудачи, относится к негативной мотивации, потому что доминируют страх неудачи, желание избежать негативных оценок, осуждения, наказания, приводит к снижению учебной активности. Такие лица отличаются повышенной тревожностью и неуверенностью в собственных силах, стараются избегать ответственных задач.

По мотивации достижения успеха, то это положительная мотивация при которой человек надеется на успех, является упорным в достижении цели, целенаправленным, уверенным в своих силах и в себе.

2.2 Анализ полученных результатов по исследованию психологических характеристик самореализации личности лиц с ограниченными физическими возможностями

В результате исследования типа отношения к физическому дефекту нами были диагностированы «чистые», или гомогенные типы отношения к функциональным ограничениям в 79,1% исследуемых работников с ограниченными физическими возможностями и «смешанные» типы реагирования у 20,9% исследуемых.

В общей картине гомогенных типов отношений к собственному физическому дефекту (заболеванию) преобладают диагностированные анозогнозический, эргопатический, гармоничный и сенситивный типы отношения к физическому дефекту (рисунок 1).

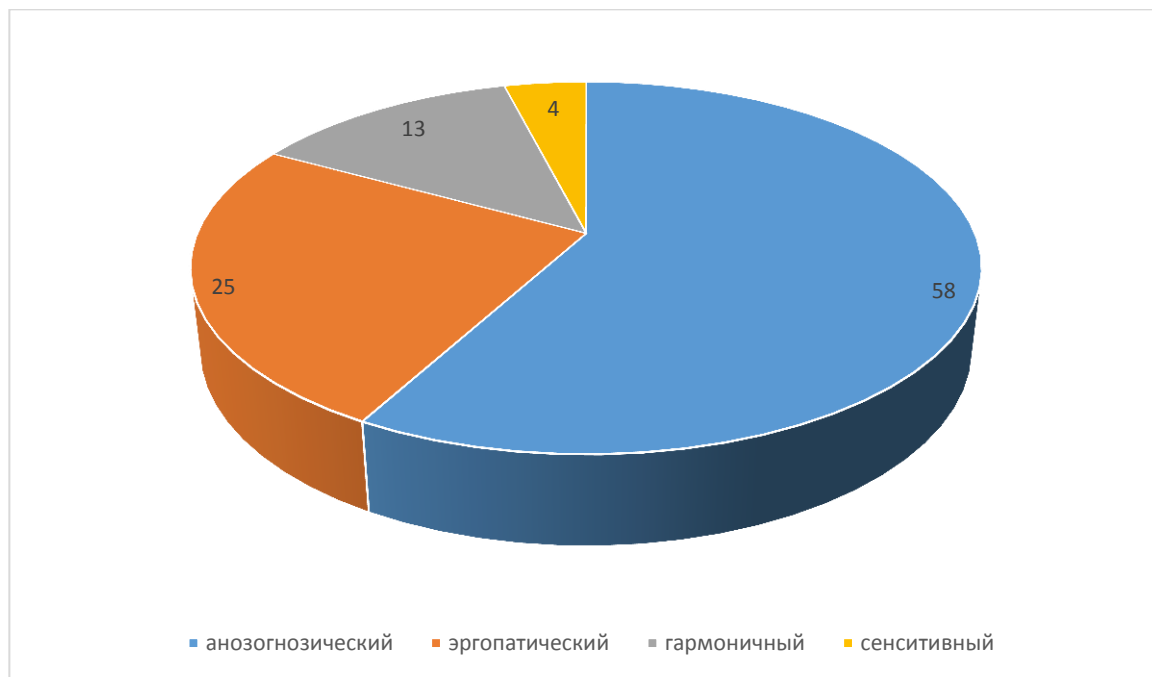


Рисунок 1 – Разделение гомогенных типов отношений к собственному физическому дефекту

Как видно из диаграммы диагностирован анозогнозический тип отношения присущ 58% исследуемым.

Анозогнозия – это дезадаптивная форма неприятия, вытеснения, отвержения мыслей о собственном физическом дефекте и его последствиях, уход из сложной для человека ситуации, аффективное торможение (неспособность адекватно осознавать свое состояние). Активное отрицание собственного функционального ограничения приводит к возникновению диссонанса между нереалистичными желаниями, требованиями к собственному «Я» и реальными возможностями, которые не соответствуют завышенному уровню притязаний. Невозможность реализации многих актуальных потребностей автоматически приводит к возникновению эмоций

«недовольства», что в свою очередь порождает невротические проявления личности: повышенную тревожность, эгоцентричность, астении, сенситивность, неуверенность в себе, способность обвинять в собственных поражениях других, формирует мысли о предвзятом отношении окружающих к людям с инвалидностью.

Испытуемые из анозогнозического типом отношения к собственному физическому дефекту заметно отличаются от испытуемых с другими типами отношения преимущественно повышенным настроением, эйфорией, они склонны к использованию шуток по поводу своих физических ограничений, которые носят психологически защитный характер. Анозогнозический тип отношения можно расценивать как своеобразную психологическую защиту личности на собственный физический дефект.

Эргопатический тип отношения диагностирован у 13% исследуемых. Указанный тип отношения к собственному физическому дефекту характеризуется как «уход от болезни в работу». Доминирующей тенденцией исследуемых этого типа реагирования является стремление, обязательно сохранить свой социальный статус и обеспечить возможность продолжать активную трудовую деятельность. Для исследуемых характерно сверхответственное, стеническое отношение к работе, стремление и выполнение сложной работы, несмотря на физический дефект. Указанный тип реагирования на собственный физический дефект, несмотря на формально высокий уровень адаптации, постоянно ставит человека на грань его компенсаторных возможностей, делая его уязвимым к различным дезадаптирующим воздействиям.

Сенситивный тип реагирования на собственный физический дефект характерен для 4% исследуемых. Для них характерны эмоциональная уязвимость, настороженно-тревожное поведение, частые смены настроения с преобладанием в нем чувства тоски и подавленности. Им присуща чрезмерная озабоченность о возможных негативных впечатлениях, если окружающие узнают об их заболевании, опасения что другие будут избегать

общения с ними, считать их неполноценными, с боязнью относиться к ним. Сенситивный тип авторами этой методики отнесен к дезадаптивным типам отношения к собственному физическому дефекту.

Гармоничный тип отношения к физическому дефекту диагностирован только у 13% исследуемых. Для них характерно адекватное отношение к собственному дефекту, без стремления переоценивать тяжесть своего состояния, или недооценивать его. Исследуемые активны в трудовой деятельности, жизни, стремятся самостоятельно выполнять необходимые задачи, постоянно проявляют заботу о своих близких, друзьях. Стоит отметить, что из всех исследуемых они с наибольшей готовностью и желанием участвовали в проведении исследования.

Наряду с гомогенными, «однородными» типами отношения к собственному физическому дефекту нами были диагностированы «смешанные», гетерогенные типы отношения, составили 20,9% исследуемых.

В картине гетерогенных типов отношения диагностированы: анозогнозический – паранояльный – меланхолический – апатичный (АПМА), анозогнозический – сенситивный – паранояльный (АСП), эргопатический – анозогнозический – сенситивный (ЭАС), анозогнозический – неврастенический – сенситивный – эгоцентричный – дисфорический (АНСЭД), эргопатический – анозогнозический – тревожный – неврастенический – сенситивный (ЭАТНС), эргопатический – анозогнозический – эгоцентричный – паранояльный – дисфорический (ЭАЭПД), эргопатический – тревожный – сенситивный (ЭТС), эргопатический – анозогнозический (ЭА), неврастенический – сенситивный – дисфорический (НСД), неврастенический – эгоцентричный – дисфорический (НЭД), эргопатический – сенситивный (ЭС), эргопатический – анозогнозический – неврастенический – сенситивный (ЭАНС) (рисунок 2).

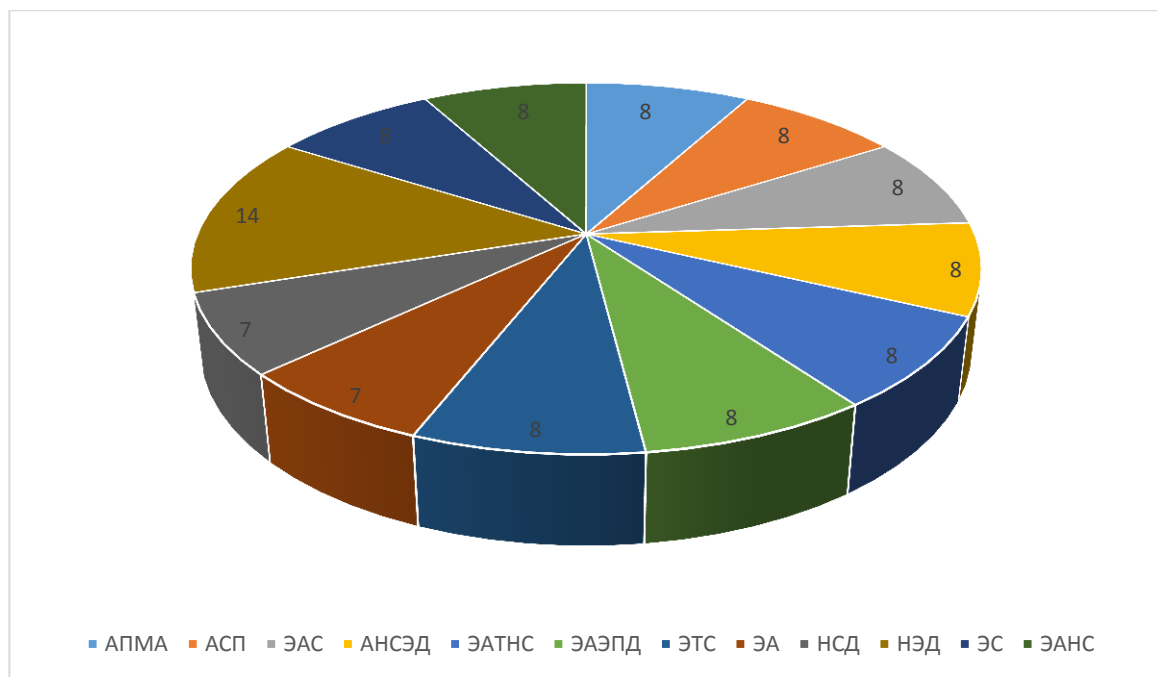


Рисунок 2 – Распределение гетерогенных типов отношения к собственному физическому дефекту

Характерной особенностью неоднородных типов отношений к физическому дефекту является их содержательный характер, что находит свое отражение в поведенческих проявлениях исследуемых данным типам реагирования. Содержательный характер соотношений между составляющими смешанных типов полный противоречий. Эти противоречия могут свидетельствовать о несогласованности характера самой структуры значимых отношений личности, связанных с физическими ограничениями.

Так смешанный анозогнозический – эргопатический тип характеризуется сочетанием игнорирования отношения к собственному инвалидизирующему дефекту и снижением физических и психических ресурсов путем слишком ответственного «ухода» в работу, в общественную деятельность и тому подобное. Для испытуемых с таким типом отношений характерно, также завышенный уровень притязаний – это своеобразный стенический «уход в работу», который часто приводит к эмоциональному напряжению, дискомфорту, в свою очередь выражается в росте уровня тревожности.

Сочетание в смешанных типах отношений теоретически совершенно противоположных состояний как, анозогнозия и ипохондрия, тревожность и дисфория, анозогнозия и эгоцентричность, меланхолия, апатия и паранойяльность свидетельствуют о наличии глубинных внутренних конфликтов, устойчивых противоречий в структуре отношений личности и нарушений социально-психологической адаптации, это связано с физическим дефектом. Следствием таких внутренних противоречий становятся беспокойство, мнительность в отношении своего дефекта, и в то же время, отрицание отягощенности своего физического состояния; нежелание повышенного внимания к себе в сочетании с требованием особого отношения к себе от окружающих; эйфория, бравада, маскирующие эмоциональную уязвимость и подавленность.

Физический дефект формирует определенную социальную ситуацию развития. Она включает в себя специфическое построение, а часто и перестройку жизненных планов, изменение отношений личности к собственному «Я», к окружающим, как к близким так и к социуму в целом. Переработка информации, которая идет от социальной ситуации развития личности с инвалидностью влияет не только на тип отношения к собственному дефекту, но и на формирование внутренней картины физического дефекта, то есть осознание / не осознание личностью своего соматического состояния, понимание роли и влияния этих состояния на жизненное функционирование, эмоциональные реакции и стратегии поведения.

Для исследования внутренней картины болезни мы проанализировали шкальные оценки исследуемых работников с ограниченными физическими возможностями. Средние показатели составляющих внутренней картины заболевания отражено в таблице 1.

Таблица 1 – Средние показатели внутренней картины заболевания

Шкала внутренней картины болезни	Средние показатели
Гармоничный	26,3
Эргопатический	21,9
Анозогнозический	26,0
Тревожный	5,5
Ипохондрический	5,0
Неврастенический	6,8
Меланхолический	4,2
Апатический	3,3
Сенситивный	13,3
Эгоцентрический	6,5
Паранойяльный	6,0
Дисфорический	6,3

Из таблицы видно, что в структуре внутренней картины дефекта преобладают условно адаптивные типы личностного реагирования на собственный дефект. Это гармоничный (26,3), анозогнозический (26,0) и эргопатический типа (21,9). Средние показатели по указанным типам свидетельствуют о достаточном уровне адаптации к собственному заболеванию. Вместе с тем, в субъективном отражены физического дефекта (заболевания) на первый план выступает уровень эмоциональной оценки дефекта и связанных с ним последствий, то что принято называть «переживанием болезни» (В.М. Николаева). Преобладание эмоциональной реакции на инвалидизирующий дефект или заболевание отражается в увеличении средних показателей практически по всем составляющим дезадаптивных блоков, а именно: сенситивности (13,3), неврастении (6,8), эгоцентричности (6,5), дисфории (6,3), паранояльности (6,0), тревожности (5,5). Доминирование эмоционального уровня в структуре внутренней картины болезни (дефекта) свидетельствует о наличии внутренних конфликтов, низкой степени интеграции образа «Я», узкого «поля опыта»,

которое делает невозможным формирование адекватного понимания своих возможностей, снижает личностный потенциал, формирует неадекватный уровень самопринятия, а это в свою очередь влияет на процесс самореализации личности.

Тест-опросник самоотношения (Р.С. Пантелеев) был использован нами для диагностики самоотношения работников с ограниченными физическими возможностями.

Результаты диагностики:

Шкала «S» измеряет интегральное чувство «за» или «против» личного «Я» испытуемого. 47% исследуемых набрали низкие баллы по данной шкале. Данная выборка не характеризуется наличием любви к самому себе, напротив, считает себя антиподом человеческих симпатий.

33% исследуемых, набрали высокие баллы по данной шкале, что указывает на положительное отношение исследуемых к своей персоне. Наличие конструктивной критики только усиливает их жажду быть лучшими во всех аспектах развития личности. 20% исследуемых набрали средние баллы по данной шкале (рисунок 3).

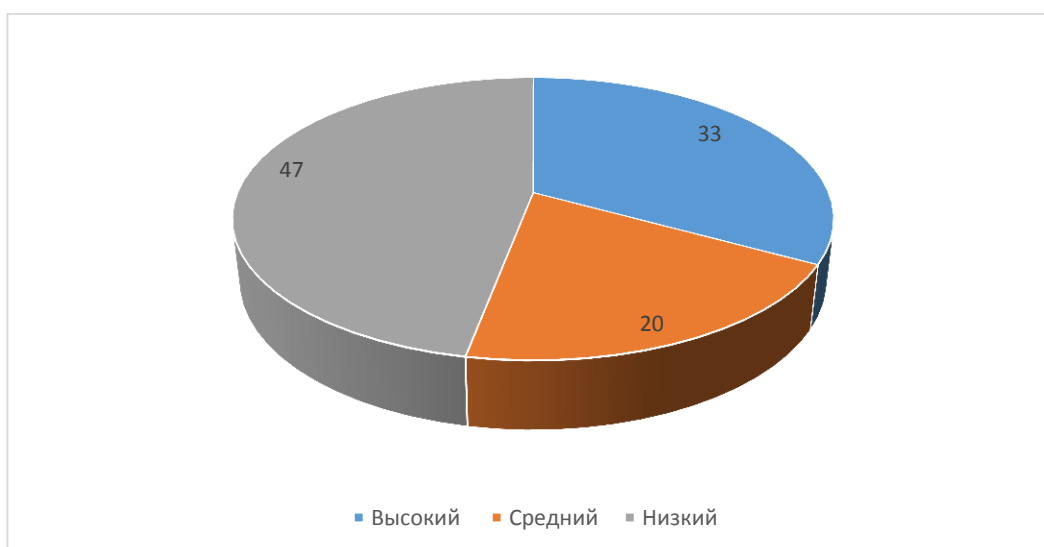


Рисунок 3 – Исследование самоотношения у работников

Шкала I – «самоуважение»

26% исследуемых набрали высокие баллы по данной шкале, что указывает на наличие у них уважения к самим себе. Уважение может быть связано с их способностью принять свои физические недостатки и, несмотря на них, двигаться вперед. 27% исследуемых набрали средние баллы по данной шкале (рисунок 4).

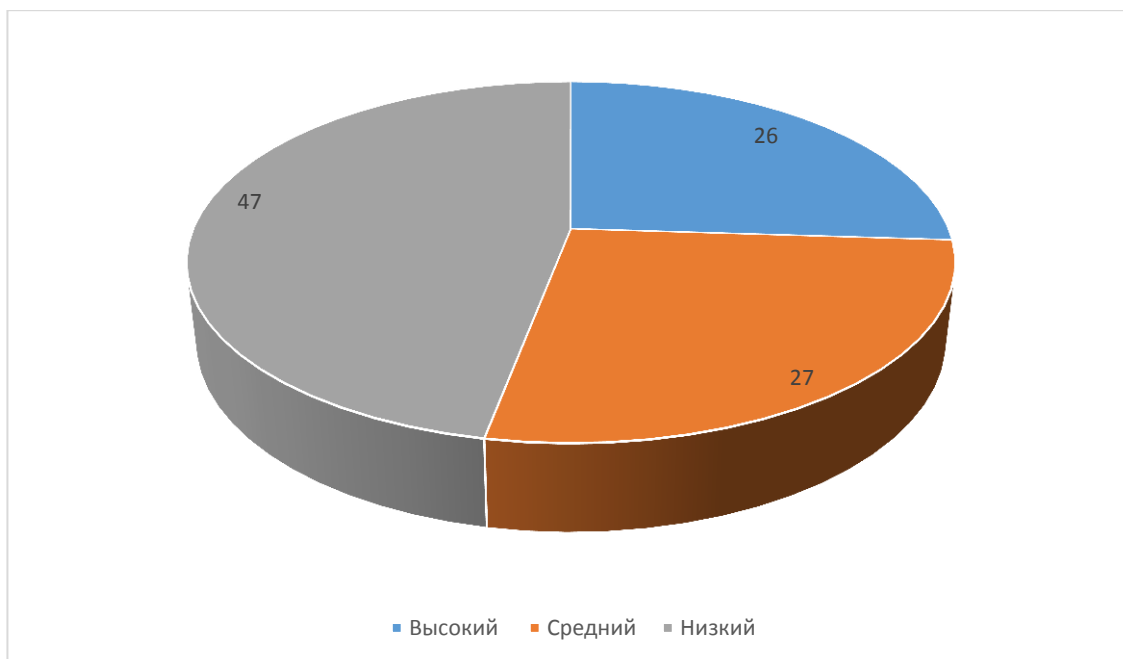


Рисунок 4 – Результаты исследование по шкале «самоуважение»

Шкала «II» – аутосимпатия

43% исследуемых с инвалидностью набрали низкие баллы по данной шкале. Они не симпатизируют своей личности. Стоит отметить, если данная характеристика не является ситуационной, а наоборот носит постоянный характер, то данная выборка относится к застревающему типу акцентуаций характера, а именно, застревание на своих недостатках и неспособность их адекватно принять.

24% исследуемых с инвалидностью набрали высокие баллы по данной шкале. Это свидетельствует о том, что данная категория выражает симпатию к самому себе. Они адекватно реагируют на критику, целеустремленные,

имеют уверенность в своих силах. Им присуща внутренняя честность по отношению к самому себе и миру, который их окружает. 33% исследуемых набрали средние баллы по данной шкале (рисунок 5).

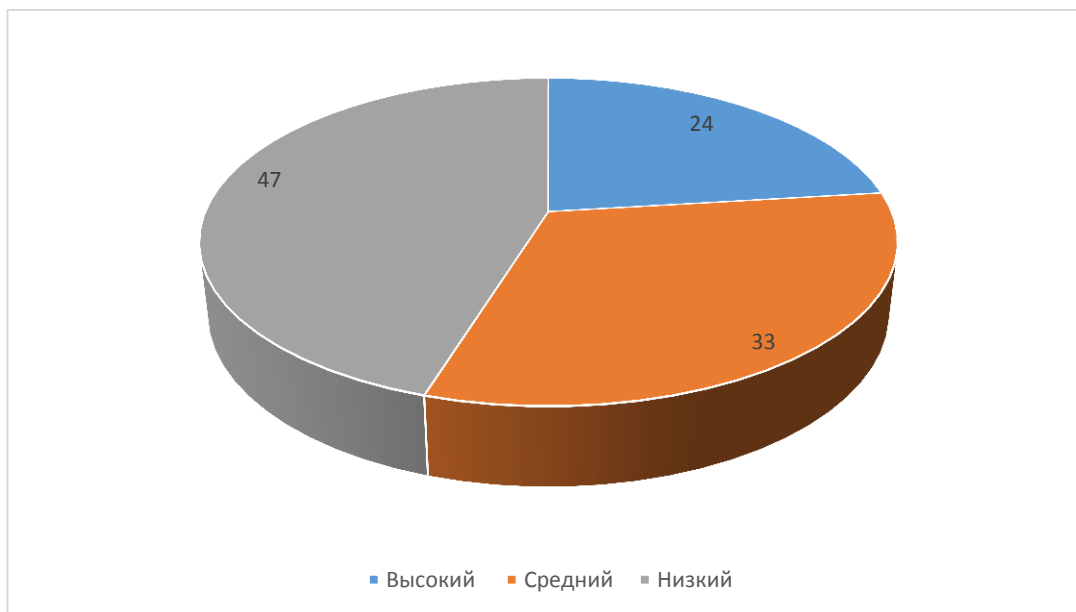


Рисунок 5 – Результаты исследование по шкале «аутосимпатия»

Шкала «Ш» – ожидаемое отношение от других.

70% исследуемых набрали низкие баллы по данной шкале. Данная выборка не ожидает от окружения какой-то конкретной модели поведения, или, в общем, отношения к себе. Они руководствуются спонтанностью и готовы к тому, что человеческая природа непредсказуема.

30% исследуемых набрали средние баллы по данной шкале. Молодые люди характеризуются наличием конкретной модели поведения, которую они ожидают по отношению к себе от окружающих их людей. Это может быть связано с наличием в них физических недостатков, которые, по их мнению, должны привлекать внимание и вызывать жалость (рисунок 6).

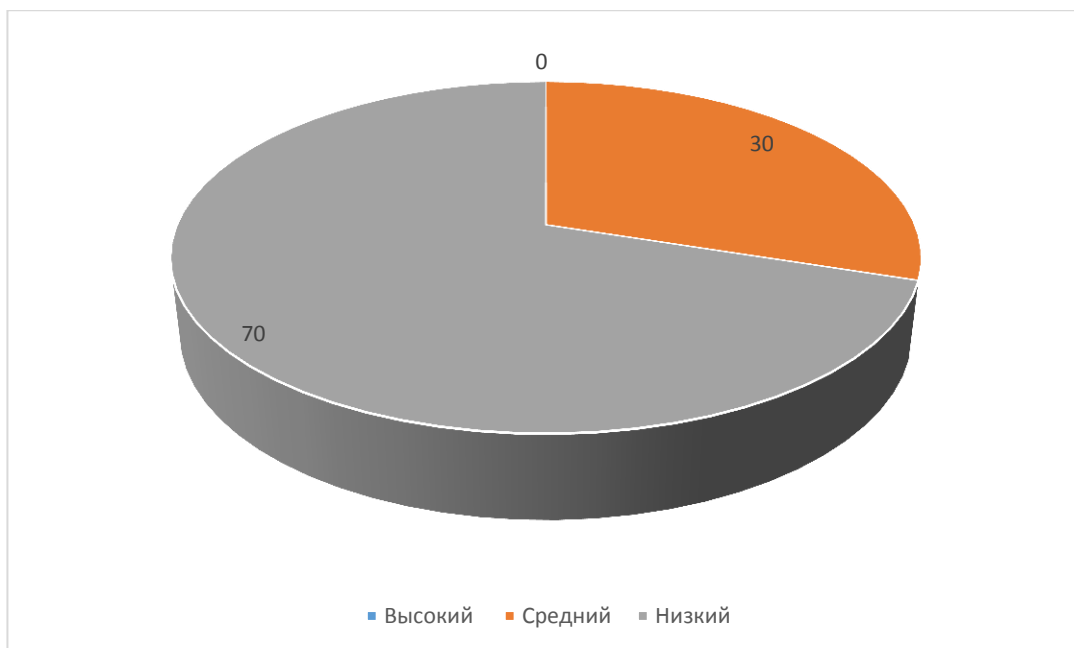


Рисунок 6 – Результаты исследование по шкале «ожидаемое отношение от других»

Шкала «IV» так шкала «б» – направлена на самоинтерес.

20% исследуемых набрали низкие баллы по данной шкале. Это свидетельствует о потере интереса к самому себе, к тому, что с ними происходит. Потеря интереса к самому себе может носить ситуационный характер.

43% исследуемых с инвалидностью набрали высокие баллы по данной шкале. Характеризуются наличием интереса к самим себе. Им интересно изучать себя, познавать с разных сторон, развивать свои способности и наклонности. Через призму изучения самого себя происходит познание человеком других людей.

37% исследуемых набрали средние баллы по данной шкале, характеризующей ситуационный интерес человека к самому себе (рисунок 7).

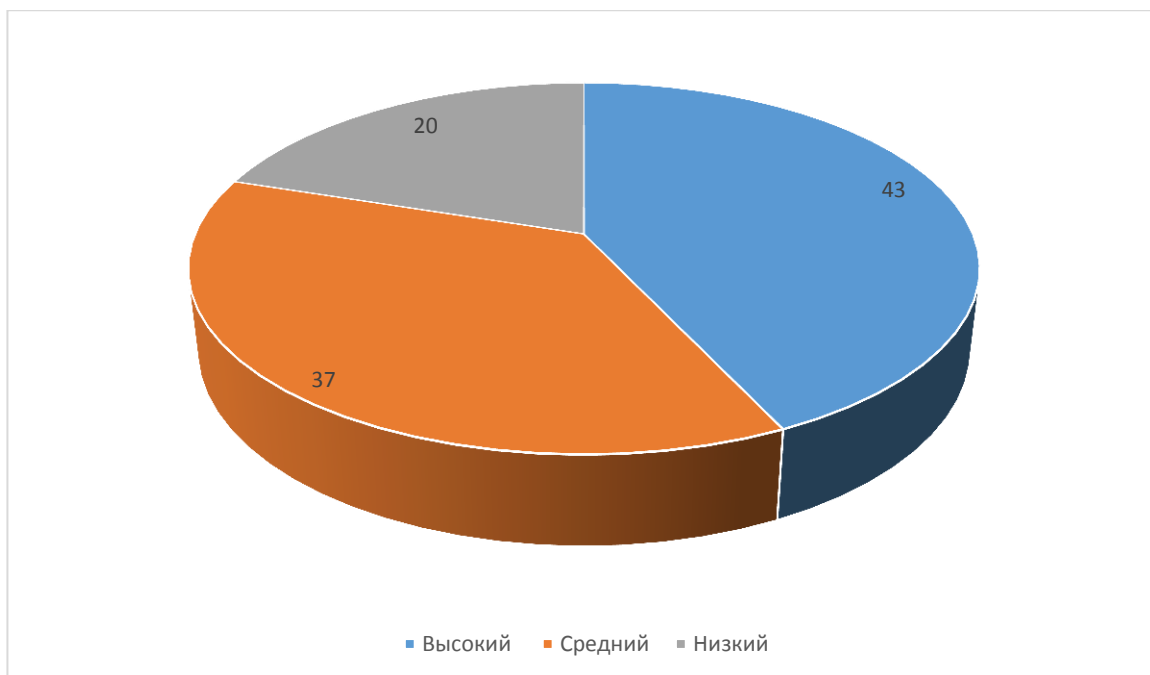


Рисунок 7 – Результаты исследование по шкале «самоинтерес»

Шкала «1» – самоуверенность

53% исследуемых статистической нормы и 100% исследуемых с инвалидностью набрали низкие баллы по данной шкале. Данный уровень характеризуется неудовлетворенностью собственными возможностями, ощущением слабости, наличием сомнений в способности вызывать уважение других.

Шкала «2» – отношение других

47% исследуемых с инвалидностью набрали низкие баллы по данной шкале. Данный уровень характеризуется наличием в исследуемых личностей мысли, что их лицо не может вызвать уважение и заинтересованность со стороны других людей. Они обесценивают себя и не могут представить себе того, что могут быть интересными для кого-то другого.

13% исследуемых с инвалидностью набрали высокие баллы по данной шкале. Это свидетельствует о представлении исследуемых о себе, как о личности, характер и деятельность которой способны вызвать у других людей уважение, интерес, одобрение, понимание. Наличие позитивного

отношения к самому себе 40% исследуемых с инвалидностью набрали средние баллы по данной шкале (рисунок 8).

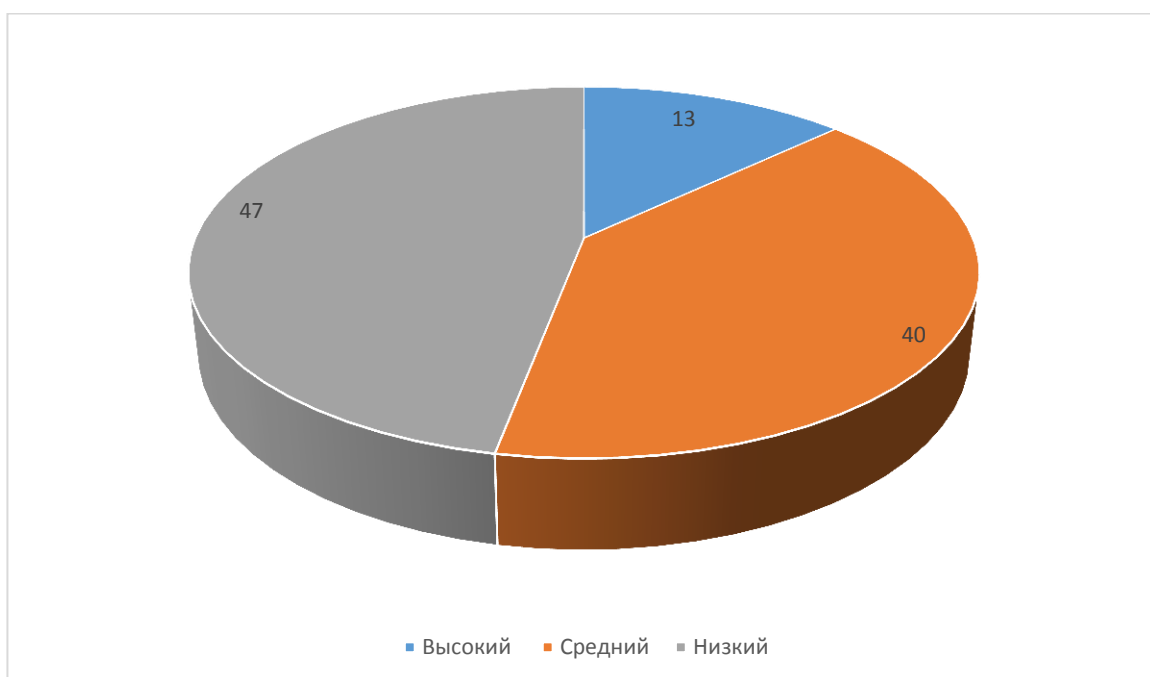


Рисунок 8 – Результаты исследование по шкале «отношение других»

Шкала «3» – самопринятие.

20% исследуемых набрали низкие баллы по данной шкале. Это свидетельствует о том, что эта выборка постоянно находится в тревожном состоянии из-за внутренних конфликтов. Неприятие себя со всеми своими недостатками – не дает возможности человеку увидеть и полюбить свои преимущества.

43% исследуемых набрали высокие баллы по данной шкале, характеризуется чувством симпатии к самому себе, согласованности со своими внутренними порывами. Принятие самого себя таким, каким и он на самом деле есть, дружеское, понимающее отношение к самому себе. 37% исследуемых набрали средние баллы (рисунок 9).

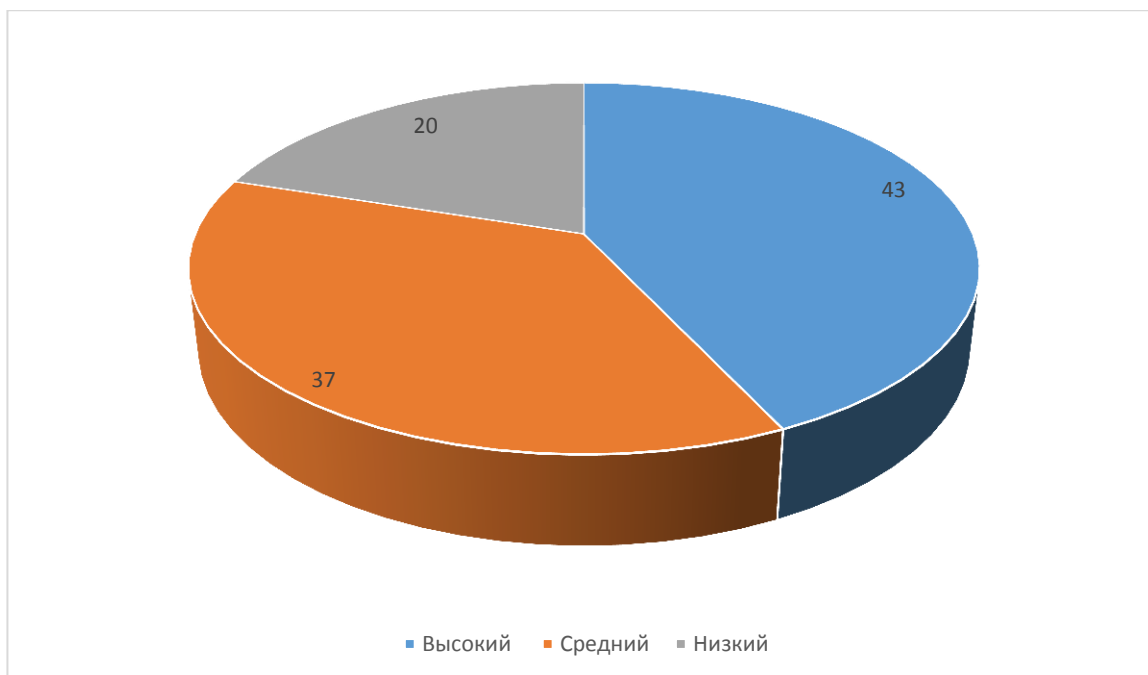


Рисунок 9 – Результаты исследование по шкале «самопринятие»

Шкала «4» – самоуправление, самопоследовательность

43% исследуемых набрали низкие баллы по данной шкале. Это свидетельствует о том, что молодым людям трудно управлять самим собой. Если принимать во внимание эмоциональную сферу, то человеку может быть трудно, контролировать свои эмоции, их порывы. Также данная выборка характеризуется непоследовательностью действий, спонтанностью выборов. Это может быть связано с рассеянностью процесса внимания, неспособностью последовательно планировать свои действия, объективно оценивать свои возможности.

7% исследуемых набрали высокие баллы по данной шкале. Они характеризуются последовательными действиями. Прежде, чем что-то сделать – отдают предпочтение длительным размышлениям, стоит ли это делать. В повседневной жизни руководствуются логикой и стараются контролировать проявления эмоций, а именно сохранять эмоциональную устойчивость.

В стрессовых ситуациях пытаются взять себя в руки и логично продумать дальнейшие действия. Чаще всего, такие люди имеют жизненный план и постоянно его совершенствуют.

50% испытуемых набрали средние баллы по данной шкале, что свидетельствует о способности последовательно действовать и «самоуправлять» в зависимости от ситуаций, а именно тогда, когда ситуация этого требует (рисунок 10).

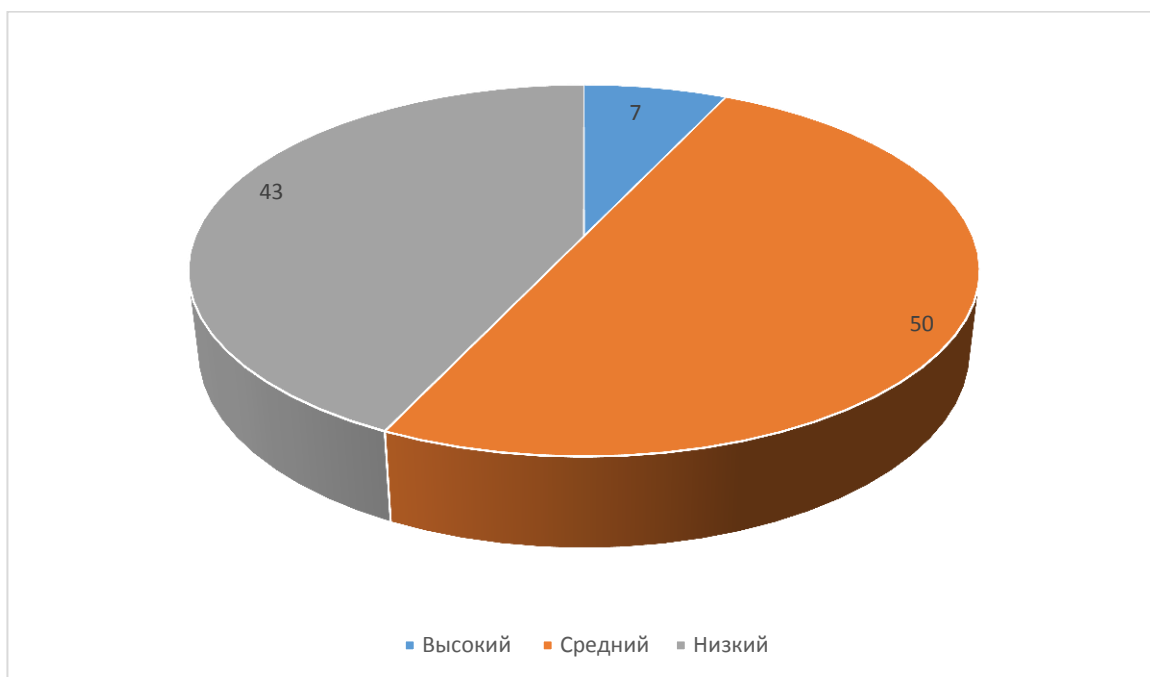


Рисунок 10 – Результаты исследование по шкале «самоуправление»

Шкала «5» – самообвинение

37% исследуемых набрали низкие баллы по данной шкале. Это выражается в понимающем отношении к самому себе. Молодые люди воспринимают конструктивную критику, сопоставляют с информацией, которую считают важной для себя и делают выводы.

33% исследуемых набрали высокие баллы по данной шкале. Проявляется агрессивное отношение к самому себе, деструктивность в

критике. Неспособность прощать свои недостатки. Применение санкций по отношению к самому себе.

30% исследуемых набрали средние баллы по данной шкале, выражается в способности вовремя остановиться, когда человек начинает сам себя обвинять в поступках и действиях, которые не имеют весомую почву для обвинений (рисунок 11).

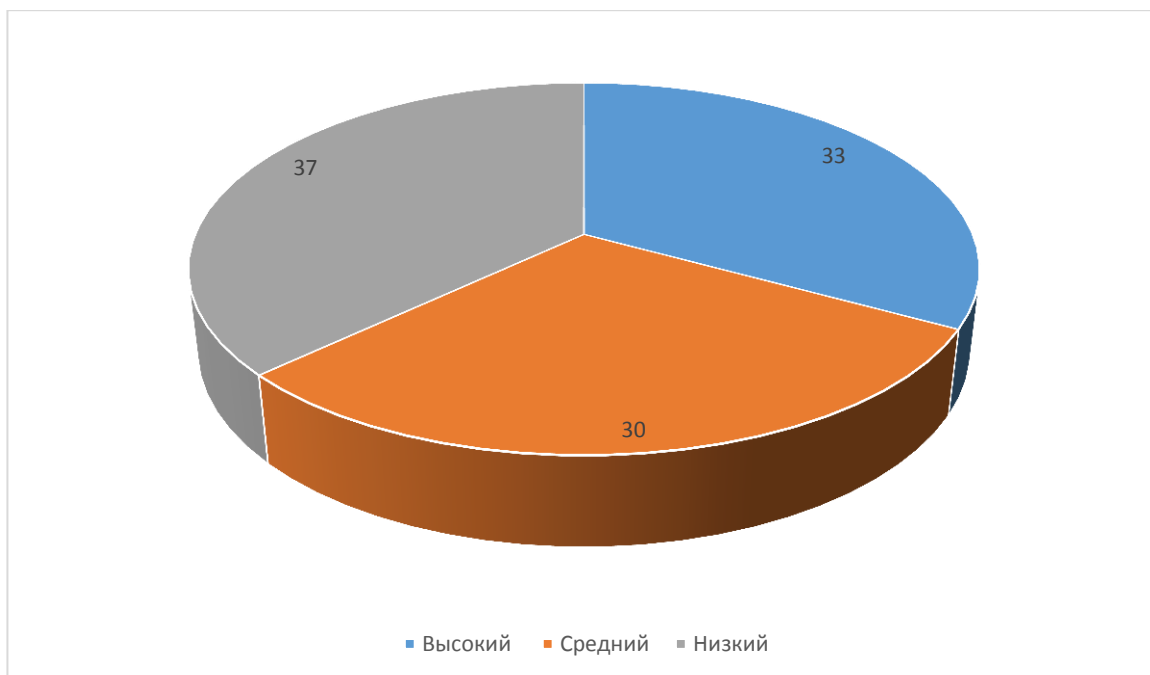


Рисунок 11 – Результаты исследование по шкале «самообвинение»

Шкала «7» – самопонимание

47% исследуемых набрали низкие баллы по данной шкале. Выражается в отсутствии понимания своего «Я». Неспособности объяснять свои эмоции и чувства, их причины возникновения и неспособности поиска ответов для планирования дальнейших действий. Отсутствие гармонии, наличие тревожности.

33% исследуемых набрали высокие баллы по данной шкале. Данная группа характеризуется наличием понимания тонкостей своей души. Стремление понять причину и следствие своих действий. Наличие гармонии

души и тела, баланс внешнего и внутреннего. Способность анализировать и интерпретировать свои действия, мысли, чувства и эмоции.

20% исследуемых набрали средние баллы по данной шкале. Данная выборка может оценить и проанализировать то, что чувствует, чем руководствуется. Однако временами не способна, этого сделать, и именно этим себя вводит в стрессовое состояние, выход из которого возможен только благодаря адекватной оценке своего внутреннего и внешнего состояния.

Следующим стал тест суждений самореализации личности (С.И. Кудинов). Результаты данных суждений говорят о том что доминирует адаптивный уровень самореализации личности (рисунок 12).

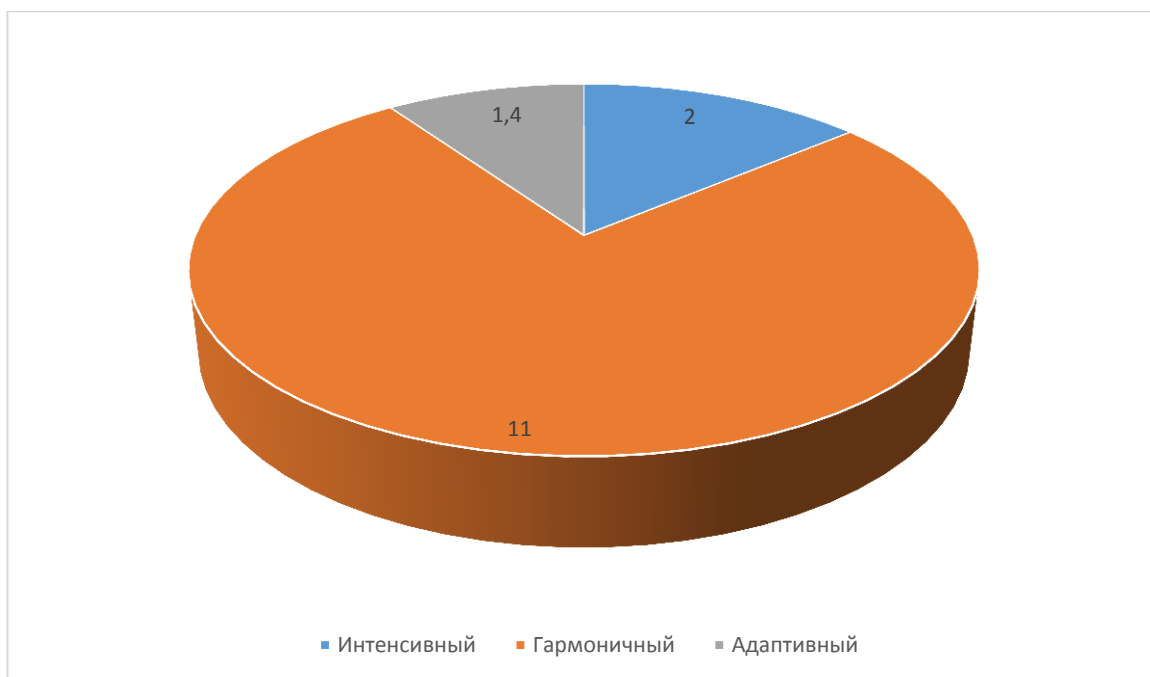


Рисунок 12 – Результаты исследования уровня самореализации

Данная категория людей старается не отличаться от остальных. Они проявляют умеренность во всех делах. Личностный, профессиональный рост не является очень важным для них, но в тоже время стараются не отставать

от других. Пытаются повышать свое мастерство, добиваются уважения от руководства и общества.

Виды самореализации можно увидеть на рисунке 13.

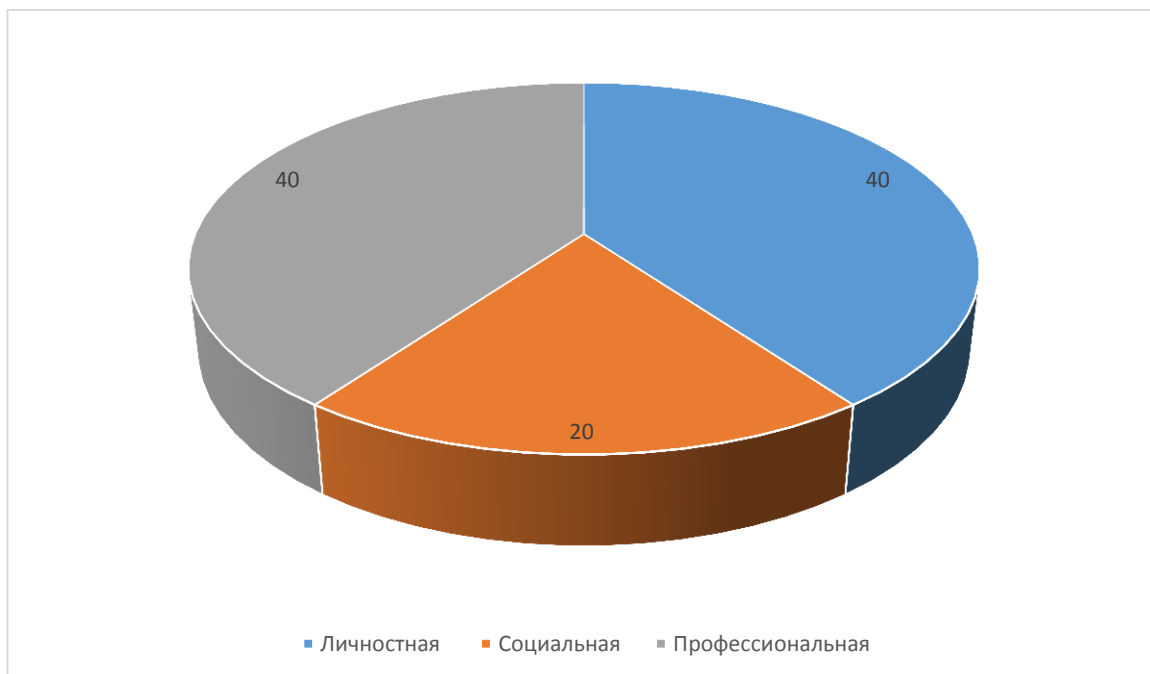


Рисунок 13 – Результаты исследования вида самореализации

Доминируют личностная и профессиональная самореализация. Личностная самореализация указывает на желание к личностному росту, самовыражению себя и всех своих личностных качеств, результатом всего это является достижение поставленной цели.

Социальная реализация свидетельствует о значимости для индивида общественной деятельности. Самовыражение субъекта в данном случае связано с социальной активностью индивида. Субъект все свои усилия направляет на реализацию своих возможностей в социальной, общественной, политической сфере.

Профессиональная самореализация способствует достижению значительных результатов в той или иной деятельности (профессиональной, творческой, спортивной, учебной и других).

Последним стал опросник мотивации успеха и боязни неудач (А.А. Реана). Анализ результатов позволяет сказать, что в 67,4% респондентов наблюдается стремление к мотивации достижения успеха (таблица 2).

Таблица 2 – Соотношение мотивов достижения успеха и избегания неудач у работников с ограниченными физическими возможностями по методике А.А. Реана

	Избегание неудач	Тенденция к избеганию неудач	Мотивационный полюс не выражен	Тенденция к достижению успеха	Достижение успеха
Всего	5	7,5	20	33,7	33,7

Так, 33,7% испытуемых имеют мотивацию достижения успеха. Это свидетельствует о том, что люди с такой мотивацией стремятся достичь чего-то положительного или конструктивного, проявляют активность и инициативность, уверены в себе, их отличает настойчивость и целеустремленность, такие работники планируют свое будущее на достаточно отдаленную перспективу. Если на жизненном пути возникают препятствия, они прикладывают немало усилий на их преодоление.

Также 33,7% респондентов имеют мотивацию с тенденцией к развитию мотивации достижения успеха. Они обычно активны, достаточно настойчивы в достижении цели, планируют свое будущее, хотя не в далекой перспективе, но в ответах иногда прослеживается тенденция что в случае неудачи при выполнении сложных задач снижается их привлекательность, а также при отсутствии внешнего контроля уменьшается настойчивость в достижении цели.

Другие работники относятся к группе с мотивацией полюс которой неопределен (20% опрошенных). Они отмечают планы на будущее, но при этом боятся выполнять сложные задания, требующие внешнего контроля, в

случае неудачи при выполнении любого задания его привлекательность снижается, склонны переоценивать неудачи.

Испытуемые, которые имеют склонность к избеганию неудач, составляют 7,5% от общего количества респондентов. В этой группе только женщины. Они стремятся отказаться от ответственных задач, переоценивают сложность задачи, ставят исключительно достижимые цели, при неудачах отказываются от поставленной цели, неуверенные в себе.

Лишь 5% испытуемых имеют исключительно мотивацию избегания неудач. В этой группе также только женщины, которые не уверены в своих силах, малоактивны и безынициативны, им трудно выполнять задачи без внешнего контроля, уклоняются от сложных и ответственных задач, может становиться чрезвычайно высокой ситуативная тревожность.

Итак, по результатам данной методики 12,5% респондентов требуют коррекционного воздействия. А также следует обратить внимание на сотрудников, мотивация которых не определена.

2.3 Разработка рекомендаций по повышению самореализации личности лиц с ограниченными физическими возможностями

Для повышения уровня самореализации с сотрудниками фирмы стоит проводить консультации. Но в тоже время в ходе психологического общения с людьми с ограниченными физическими возможностями стоит знать многие нюансы. Юридически термин «инвалид» до сих пор актуален, но все чаще и чаще в обществе используется термин «люди с ограниченными возможностями здоровья» либо «люди с потребностями». Данные понятия показывают что проблема находится не в самом человеке, не он виновен в что у него нарушены процессы жизнедеятельности, восприятия, общения и другие функции.

Стоит придерживаться этики общения. Людям данной категории нужна поддержка, что связано с их проблемами со здоровьем, что имеет различные

последствия и вызывает психологические, социальные, бытовые, физические и духовные трудности. Им тяжело интегрироваться в общество, подстроить свои возможности под требования общества и мобилизовать свои ресурсы.

Одним из возможных путей самореализации личности с ограниченными возможностями здоровья является творчество. Оно помогает человеку компенсировать все ограничения, которые есть у человека любой степени и тяжести.

Так же творчество помогает человека реализовать себя не только в духовной сфере, но и в физической. Такой вид искусства как hand-made помогает развивать как крупную, так и мелкую моторику пальцев, что говорит о том, что творчество помогает человеку с ограниченными возможностями найти себя, реализовать себя.

С другой стороны творчество помогает людям с ограниченными возможностями наладить коммуникацию с окружающими, оно помогает доносить людям свои чувства, мысли, идеи, чувства, делиться опытом. Так как люди данной категории довольно часто ограничены, то им недостаточно общения и потому они большинством времени посвящают своему внутреннему миру. Если рассматривать процесс творчества как способ диалога посредством публикаций с читателем, то можно сделать вывод о том, что лицам с ограниченными физическими возможностями это необходимо, но из-за ограничений по здоровью, отсутствия нужных связей, психологических особенностей характера люди с ограниченными физическими возможностями не могут самостоятельно найти способ представления своего творчества окружающим. В людей с ограниченными возможностями наблюдается меньше взаимосвязей с окружающим миром, потому на них не сильно влияют стереотипы, которые сложились в обществе. Они по-своему воспринимают поведение окружающих, также по-своему выражают эмоции.

Для показания самореализации людей с ограниченными физическими возможностями важным является создание альманаха, в котором будут

показаны все творческие достижения людей данной категории, которые в дальнейшем помогут им в собственной реализации. Также он поможет работодателям рассмотреть потенциал инвалидов, их преимущества, а также же воспринимать на равне с другими. Альманах может стать средством общения, с помощью него люди с ограниченными возможностями могут выражать свои мысли, делиться опытом и своими чувствами, показывать свой опыт в виде творчества и вынося его на всеобщее обозрение.

Анализ исследования позволяет сделать вывод о том, что вложение средств в работу по самореализации лиц с ограниченными физическими возможностями, в том числе и на уровне издания альманаха их творчества, будет способствовать увеличению производительных сил общества, его прогрессу.

Также важным является включение работников с ограниченными возможностями в социальную жизнь предприятия, создание референтных групп, возможно объединение людей в группы со схожими дефектами. Потому важным является проведение консультативных встреч с целью сплочения участников, обмен собственным опытом, с целью преодоления проблем и затруднений, а также нахождение эффективных решений проблемы.

Мы доказываем, что основными целями групповой работы становятся:

- раскрепощение участников группы;
- включение в активную коллективную деятельность и общение;
- информационный обмен;
- сопоставление ценностных ориентаций;
- взаимная помощь и поддержка;
- осмысление и формулирование жизненных планов;
- переосмысление своей жизненной позиции и социальной роли;
- стимулирование проявления субъектной позиции.

Данные встречи можно проводить как в онлайн, так и в оффлайн режиме.

Заключение

Таким образом, психология рассматривает самореализацию личности как присущую человеческой природе априорную тенденцию, может происходить путем постижения сущности и развития личности вокруг своего аутентичного центра, движения к себе, свободы, автономии, индивидуальности. Представители зарубежных психологических школ рассматривают в качестве необходимых признаков самореализации личности социальный интерес, соответствие собственной самости, зрелость, самоэффективность, проприативное стремление, самоактуализацию, экзистенциальную наполненность и тому подобное.

Анализ научной литературы позволяет констатировать наличие большого количества понятий, аналогичных термину «инвалид», с помощью которого определяется характеристика состояния человека, его относят к особой группе общества. Однако это понятие, постоянно трансформируется и приобретает новые черты и особенности.

Считаем, что термин «лица с ограниченными физическими возможностями» является наиболее приемлемым для использования, который мы рассматриваем как специфическую социальную медико-демографическую группу общества, особенностями которой являются: а) наличие определенных медико-биологических или психологических ограничений, которые затрудняют полноценное выполнение ряда социальных функций, включая коммуникативные акты с окружающими; б) особый статус, как правило, определенный правовыми актами и положениями; в) исторически и этнически сформировано отношение к ним со стороны общества и окружения.

В этом исследовании были изучены особенности отношения к физическому дефекту, работников с ограниченными физическими возможностями как одной из психологической проблем процесса самореализации.

Физический дефект (заболевание), выступая в роли функционального ограничения возможностей взаимодействия человека со средой, вызывает нарушение личностного функционирования. Последствиями этих нарушений является диагностированные акцентуации характера по:

- сензитивному типу (эмоциональная уязвимость, застенчивость, чувство неполноценности, неадекватно агрессивная реакция на неодобрение);
- астено-невротическому типу (раздражительность, слабость нервных процессов, склонность к аффектам, тревожность, опасения за собственное состояние здоровья).

Выявленные психологические особенности внутренней картины болезни, физического дефекта и типа отношения к собственному физическому дефекту – являются психологическими проблемами на пути самореализации личности.

«Самопринятие» является главной причиной внутриличностных конфликтов, ведь если человек способен принять себя таким, какой он есть – его жизнь будет сфокусирована на исправление своих недостатков, поиск новых, сосредоточение и заикленность на негативе своей личности.

«Самообвинение» является следствием неприятия человеком самого себя. Самообвинение строится на критическом отношении к своей личности, неспособности прощать ошибки. Именно неспособность прощать осложняет течение конфликтов с самим собой.

«Самоинтерес» гиперболизирует критичность в отношении к самому себе. Адекватный самоинтерес выражается в поиске сфер реализации своего потенциала, развития своих склонностей и способностей, направление на достижение идиллии между внутренним и внешним мирами личности.

По мотивации достижения успеха мы получили следующие результаты: в работников не наблюдается доминирование мотива избегания неудач, и наибольшее количество респондентов имеет мотив достижения успеха.

Список используемой литературы

1. Акмеологический словарь / Под общ. ред. А. А. Деркача. М.: РАГС, 2004. 161 с.
2. Александрова М. А. Проблемы социального поведения и самореализации личности. М. : 2009. 152 с.
3. Ананьев Б. Г. Психология и проблемы человекознания. М. : Изд-во «Институт практической психологии». Воронеж: НПО «МОДЭК». 1996. 384 с.
4. Ассаджоли Р. Самореализация и психические расстройства / Р. Ассаджоли // Психосинтез: теория и практика. М. : Refl-Book. 1994. С. 27–51.
5. Базаева Ф. У. Анализ феномена самореализации в зарубежной гуманистической психологии // Среднее профессиональное образование. 2012. № 3. С. 46-50.
6. Бандура А. Теория социального научения. СПб. : Евразия, 2000. 320 с.
7. Богомолова Ю. В. Занятость инвалидов как основа их социальной интеграции: теоретико-методологические аспекты. Фундаментальные исследования. 2018. № 11 (ч. 1). С. 32–38.
8. Брылева Л. Г. Самореализация личности: (Онтокультурологический аспект) / Рос. академия образования, Ин-т Образования взрослых. СПб. : ИОВ, 2002. 187 с.
9. Галушкин П. А. Психологические особенности самоактуализации личности в студенческих и трудовых коллективах / Под общ. ред. профессора Е.И. Исаева. Монография. М. : АПК и ППРО, 2006. 64 с.
10. Галушкин П. А. Особенности самореализации личности с ограниченными возможностями. Материалы межвузовской научно-практической конференции «Научные основы развития профессиональных компетенций в высшей школе». М. : 2008. 15 с.

11. Галушкин П. А. Основные факторы, детерминирующие самореализацию личности с ограниченными возможностями. Материалы научно-практической конференции преподавателей, аспирантов и студентов НОУ ВПО «СФГА» «Инновационный потенциал вузовской науки» 30 марта – 10 апреля 2010 г. М.: 2010. 12 с.

12. Галажинский, Э. В. Детерминация самореализации личности: направления исследований // Ежегодник Российского психологического общества: Материалы 3-го Всероссийского съезда психологов 25-28 июня 2003 года: в 8 т. СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2003. С. 23-30.

13. Дегтярева В. В. Условия формирования образовательных стратегий субъектов инклюзивного образования в современном вузе // Философия образования. 2014. № 3. С. 162-173.

14. Декларация о правах инвалидов: провозглашена резолюцией 3447 (XXX) Генеральной Ассамблеи ООН от 9 дек. 1975 г. // Международные акты о правах человека: сб. док. / сост. В. А. Карташкин, Е. А. Лукашева. М. 1998. С. 341–342.

15. Зайнуллина Ф. К. «Самость» – необходимое условие для самореализации личности // Вестник Казанского государственного университета культуры и искусств. 2007. № 5. С. 181- 184.

16. Ильина Е. В. Самоактуализация как необходимое условие полноценного развития и социализации личности / Е. В. Ильина, А. А. Пытина // Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова. Педагогика и психология. 2009. Т. 15. № 3. С. 353-356.

17. Исаев Е. И., Галушкин П. А. Самореализация личности с ограниченными возможностями здоровья в инклюзивных практиках // Вестник Российского нового университета. Серия: Человек в современном мире. 2018. №2. С. 64-68.

18. Костерина И. В. Генезис понятия «самоактуализация» в психолого-педагогическом аспекте // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2012. № 1. С. 239-243.

19. Кудинов С. И. Функционально-стилевой подход в исследовании самореализации личности. // Наука. Образование. Практика. Сборник материалов региональной межвузовской научно-практической конференции. Уфа: Восточный университет, 2007. С. 37-41.

20. Кудинов С. И. Теоретические аспекты обоснования полисистемной модели самореализации личности // Самореализация личности в современных социокультурных условиях/ Материалы Всероссийской научно-практической конференции в 3 т. Тольятти: Изд-во ТГУ, Гуманитарный институт, 2007. Т. 1: Современные проблемы развития личности. С. 114-119.

21. Кудинов С. И. Полифункциональная модель исследования самореализации личности // Прикладные исследования психологии личности: сборник трудов. Вып.1. Тольятти: ТГУ, 2009. 252 с.

22. Левин К. Разрешение социальных конфликтов. СПб. : Речь, 2000. 408 с.

23. Леонтьев Д. А. Самореализация и сущностные силы человека // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / Под ред. Д. А. Леонтьева, В. Г. Щур. М. 1997. С 156-177.

24. Маслоу А. Г. Дальние пределы человеческой психики / А. Г. Маслоу; пер. с англ. А. М. Татлыдаевой. СПб. : Евразия, 1997. 430 с.

25. Морова Н. С. Социально-педагогическая реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья // Социальная педагогика в России. 2012. № 2. С. 33–34.

26. Мухтарова З. Ш. Проблема самореализации личности в трудах отечественных и зарубежных ученых // Вестник АГТУ. 2007. № 5 (40). С. 158-163.

27. Никашина Н. А. Проблема самореализации личности от античности до наших дней // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: «Педагогика, психология». 2011. № 4. С. 207-210.

28. Реан А. А., Бордовская Н. В., Розум С. И. Психология и педагогика. СПб. : Питер, 2007. 432 с.
29. Роджерс Н. Творчество как усиление себя // Вопросы психологии. 1990. № 1. С. 164-168.
30. Ромек, В. Г. Уверенность в себе как социально-психологическая характеристика личности: Дис. канд. психол. наук. Ростов н/Д : Изд-во РГУ, 2011. 242 с.
31. Рубцов В. В. О межведомственном взаимодействии в реализации социальной и образовательной инклюзии для социально уязвимых групп населения // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21. № 1. С. 87-91.
32. Селезнева Е. В. Общение как среда для саморазвития личности // Журнал прикладной психологии. 2002. № 2. С. 49-54.
33. Синев В. Н. Принципы организации системы образовательно-коррекционных услуг лицам с нарушением интеллекта // Вестник Луганского национального университета имени Тараса Шевченко. Луганск: ЛДНУ, 2008. № 12 (151). С. 7-20.
34. Сушин М. Барьеров на пути инвалидности становится меньше // Социальный работник. 2007. № 3. С. 10-12.
35. Ткаченко В. С. О проблемах интеграции людей с инвалидностью в российском обществе// Общество и личность: интеграция, партнерство, социальная защита. Материалы 1 Международной научно-практической конференции. Ставрополь: СКСИ, 2004. С. 328-329.
36. Франкл В. Человек в поисках смысла: введение в логотерапию. СПб. : Ювента, 1997. 432 с.
37. Фромм Э. Бегство от свободы. Человек для себя / Э. Фромм; пер. с англ. Д. Н. Дудинский. Мн.: Попурри, 1998. 672 с.
38. Хьелл Л. Теории личности учебное пособие. СПб. : Питер Пресс, 1997. 608 с.

39. Цой Л. П. Самореализация лиц с ограниченными возможностями в современных социокультурных условиях // Молодой ученый. 2017. № 13. С. 22-25.

40. Юнг К. Г. Структура психики и процесс индивидуации. М. : Наука, 1996. 269 с.