

УДК 159.9.072

М.В. Папуча, В.Ю. Шелков

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ЛЮДЕЙ З ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ХРЕБТА

У статті досліджуються психологічні особливості саморегуляції людей з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями хребта (ДДЗХ) у порівнянні з саморегулятивними особливостями практично здорових досліджуваних. Проведене емпіричне дослідження концентрується навколо проблем стилю саморегуляції та темпераментальних особливостей досліджуваних.

Ключові слова: саморегуляція, дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта, планування, програмування, ергічність, емоційна стабільність.

В статье исследуются психологические особенности саморегуляции людей с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника (ДДЗП) в сравнении с саморегулятивными особенностями практически здоровых испытуемых. Проведенное эмпирическое исследование концентрируется вокруг проблем стиля саморегуляции и темпераментальных особенностей испытуемых.

Ключевые слова: саморегуляция, дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, планирование, программирование, эргичность, эмоциональная стабильность.

Постановка проблеми. Саморегуляція особистості є важливою складовою психічного життя людини. Особливого значення процес саморегуляції набуває в умовах порушеного соматичного здоров'я людини, адже в такій ситуації потрібні значні інтрапсихічні ресурси для подолання захворювання або для того, щоб навчитися успішно та по можливості комфортно існувати з ним.

Дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта (ДДЗХ) належать до числа найбільш розповсюджених хронічних захворювань людини. Частіше за все ці захворювання зустрічаються в осіб працездатного віку. Дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта – це хронічні захворювання, що, як правило, тривають роками і десятиліттями. Морфологічні зміни, які відбуваються в організмі пацієнта за цей час, набувають незворотного характеру, тому говорити про остаточне і повне одужання у більшості випадків не доводиться.

З огляду на зазначені медичні особливості дегенеративно-дистрофічних захворювань особливо актуальною постає проблема саморегуляції людей, хворих на ДДЗХ. Як можна припустити, значна частина саморегулятивних механізмів цих людей

залишається такою ж, як і у здорових осіб, частина формується стихійно, інтуїтивно під впливом перебігу захворювання, а частину саморегулятивних процесів можна цілеспрямовано сформувати психологічно обґрунтованими засобами, забезпечивши тим самим підвищення якості життя людей з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями хребта. Для цього необхідно, по-перше, виявити схоже та відмінне в саморегулятивних процесах практично здорових людей та хворих на ДДЗХ; по-друге, виявити, яких додаткових засобів саморегуляції потребують хворі на дегенеративно-дистрофічні захворювання; по-третє, створити науково обґрунтовану психологічну програму формування необхідних саморегулятивних навичок та втілити її в життя.

Крім того, вивчення особливостей саморегуляції у хворих на дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта у порівнянні з саморегуляцією практично здорових досліджуваних дозволить виявити певні саморегулятивні ресурси, які можуть бути використані також і здоровими людьми в їх повсякденному житті та в ситуаціях подолання суб'єктивно важких обставин.

Мета дослідження – виявити психологічні особливості саморегуляції у практично здорових людей та хворих на дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема саморегуляції психічного життя людини аналізується в багатьох психологічних працях. Можна виділити кілька теоретичних моделей саморегуляції, створених різними авторами.

Так, Ю.Я. Голиков та О.М. Костін [2] запропонували розподілити саморегуляцію на три основні системи: поточну, ситуативну і довгострокову. В кожній із систем виділяється по три рівня регуляції. У системі поточної регуляції це рівні активаційно-енергетичної стабілізації, безпосередньої взаємодії та опосередкованої координації, в системі ситуативної регуляції – рівні ситуативного реагування, емоційного оволодіння та чуттєвої націленості, у системі довгострокової регуляції – рівні програмно-цільової організації, особистісно-нормативних змін та світоглядних коректив.

Ініціюючим фактором процесів регуляції в моделі Ю.Я. Голикова та О.М. Костіна [2] вважається невідповідність між об'єктивною дійсністю та суб'єктивним, «внутрішнім світом» людини, яка виникає внаслідок суб'єктивно значущих змін в них.

В.І. Моросанова запропонувала поняття індивідуального стилю саморегуляції. На її думку, індивідуальний стиль – це індивідуально-типова своєрідність саморегуляції та реалізації довільної активності людини. Система саморегуляції розглядається В.І. Моросановою [4] як цілісна, замкнена по структурі, відкрита інформаційна система, яка реалізується взаємодією функціональних ланок, підґрунтям для виділення яких слугують притаманні ним специфічні регуляторні функції, які системно взаємодіють в загальному процесі регуляції незалежно від конкретних психічних засобів та способів їх реалізації.

Як вважає В.І. Моросанова [3], результатом дії інтегративної функції стилю саморегуляції стає формування комплексу індивідуально-стильових регулятивних особливостей, в якому інтегрований вплив особистісних структур більш високого порядку (характеру людини, інструментальних особистісних якостей) та зовнішніх вимог оточуючого світу. Індивідуальний стиль саморегуляції виконує три основні функції – системоутворюючу, інструментальну та компенсаторну.

Концептуальна модель регуляторного досвіду людини О.К. Осницького передбачає, що основними компонентами досвіду, які входять в систему саморегуляції, є досвід рефлексії та ціннісно-мотиваційний досвід, досвід звичної активізації, операціональний досвід та досвід співробітництва. Як було доведено О.К. Осницьким, становлення системи саморегуляції виявляється у тісному зв'язку з оволодінням знаковими засобами (мовленням, письмом, рахунком).

Г.Ш. Габдреева [1] запропонувала багаторівневу систему регуляції життєдіяльності, яка включає п'ять рівнів.

Перший і найвищий рівень системи – соціально-психологічний. На цьому рівні відбувається регуляція міжособистісних відносин.

Другий рівень в ієрархічній системі – особистісний. На цьому рівні досліджується регуляція поведінки особистості.

Третій рівень – рівень психічних процесів. На цьому рівні вивчаються особливості управління та регуляції діяльності.

Четвертий рівень – рівень психічних станів. Об'єктом дослідження є регуляція психічних рівнів реагування, які проявляються у вигляді переживань.

П'ятий рівень – рівень регуляції функціональних станів, динамічною стороною яких є прояви периферійної нервової системи.

Кожний з рівнів у цілісній системі регуляції життєдіяльності пов'язаний з усіма іншими, залежить від них та системи загалом.

Отже, розглянуті нами психологічні концепції та моделі саморегуляції розкривають різні аспекти досліджуваної проблеми. Здійснений теоретичний аналіз проблеми дозволяє перейти до емпіричного дослідження проблеми саморегуляції у здорових людей та хворих на дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта.

Основний матеріал і результати дослідження. Для психологічного емпіричного дослідження була сформована вибірка, адекватна меті роботи. Ми дослідили 132 досліджуваних – 66 з них були віднесені до групи «практично здорові», 66 – до групи «з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями хребта (ДДЗХ)».

Нами були використані такі психодіагностичні методики:

1. «Айзенка особистісний опитувальник» (Eysenck Personality Inventory, або EPI).
2. Опитувальник Структури Темпераменту (ОСТ) Русалова.
3. Методика «Індекс егоцентризму».
4. Методика «Стиль саморегуляції поведінки» – ССП-98 (В.І. Моросанова).

Всі використані нами психодіагностичні методики є валідними та надійними.

Статистична обробка даних відбувалася разом із якісним аналізом та інтерпретацією отриманих даних. Для статистичного аналізу використовувалися U-критерій Манна-Уїтні та коефіцієнт кореляції Пірсона. Для обробки даних застосовувалася комп'ютерна програма SPSS 11.5.

U-критерій Манна-Уїтні призначений для оцінки розбіжностей між двома вибірками за рівнем певної кількісно вимірної ознаки. У нашому дослідженні було виділено три групи досліджуваних і відповідно три порівнюваних вибірки, які порівнювалися попарно. Такий спосіб статистичної оцінки отриманих емпіричних даних виявився найбільш ефективним та доцільним.

Коефіцієнт кореляції Пірсона дозволяє оцінити силу та напрям кореляційного зв'язку між двома ознаками. Якщо значення коефіцієнта знаходиться ближче до 1, то це означає наявність сильного зв'язку, якщо ближче до 0 – слабкого зв'язку. Використання коефіцієнта кореляції Пірсона для статистичного аналізу даних емпіричного дослідження суттєво збагатило можливості інтерпретації отриманих даних та надало змогу виявлення існуючих між змінними зв'язків.

Першим кроком в аналізі отриманих нами даних було обчислення середніх значень для всіх психодіагностичних шкал (див. табл. 1).

Таблиця 1

**Зведена таблиця середніх значень показників
психодіагностичних шкал дослідження**

№ з/п	Шкала	Група практично здорових	Група з ДДЗХ
1	Планування (ССП-98)	6.33	5.69
2	Моделювання (ССП-98)	5.93	5.43
3	Програмування (ССП-98)	6.07	6.25
4	Оцінювання результатів (ССП-98)	5.66	5.71
5	Гнучкість (ССП-98)	7.74	7.01
6	Самостійність (ССП-98)	6.04	5.98
7	Загальний рівень саморегуляції (ССП-98)	31.3	30.37
8	Екстраверсія – інтроверсія	9.25	9.25
9	Нейротизм – емоційна стійкість	10.71	8.46
10	Індекс егоцентризму	2.92	3.21
11	Предметна ергічність	5.71	4.90
12	Пластичність	8.03	8.03
13	Соціальна пластичність	6.03	6.03

№ з/п	Шкала	Група практично здорових	Група з ДДЗХ
14	Соціальна ергічність	7.69	7.5
15	Темп	6.13	6.15
16	Соціальний темп	8.18	8.18
17	Емоційність	6.18	6.24
18	Соціальна емоційність	7.15	7.15

Статистична обробка даних за допомогою U-критерію Манна-Уїтні засвідчила, що значимими є розбіжності за такими психодіагностичними шкалами: «планування» ($U=1668,5$, $p<0,05$); «гнучкість» ($U=1686,5$, $p<0,05$); «нейротизм – емоційна стійкість» ($U=1513$, $p<0,005$); «предметна ергічність» ($U=1657$, $p<0,05$).

Показники шкали «планування» вищі у групі практично здорових досліджуваних. Отже, у цих досліджуваних високий рівень сформованості усвідомленого планування діяльності. Плани характеризуються реалістичністю, вони деталізовані, ієрархічні, дієві та стійкі. Цілі діяльності висуваються самостійно. Про досліджуваних з ДДЗХ можна сказати, що потреба в плануванні у них розвинена слабо, плани часто змінюються, поставлена мета рідко досягається. Ці досліджувані не замислюються над своїм майбутнім, цілі висувають ситуативно та зазвичай несамостійно. Можливо, такі особливості цілепокладання досліджуваних з ДДЗХ обумовлені певними соматичними обмеженнями цих людей, у зв'язку з якими вони не можуть ефективно досягати своїх цілей і врешті-решт припиняють щось планувати.

Як досліджувані з ДДЗХ, так і практично здорові досліджувані мають високий рівень показників за шкалою «гнучкості», тільки у практично здорових досліджуваних ці показники вищі. Це означає, що наявний високий рівень сформованості регулятивної гнучкості, тобто здатності перебудовувати систему саморегуляції у зв'язку зі зміною зовнішніх та внутрішніх умов. Практично здорові досліджувані демонструють пластичність всіх регулятивних процесів. При виникненні непередбачуваних обставин такі досліджувані легко перебудовують плани та програми дій та поведінки, здатні швидко оцінити зміну значимих умов та перебудувати програму дій. При виникненні неузгодженості отриманих результатів з прийнятою метою своєчасно оцінюють сам факт неузгодженості та вносять корективи в регуляцію. Гнучкість саморегуляції дозволяє адекватно реагувати на швидку зміну подій та успішно вирішувати поставлену задачу в ситуації ризику. Отже, практично здорові досліджувані є більш гнучкими в саморегуляції, ніж досліджувані з ДДЗХ, хоча в обох груп порівняно високі показники.

Загальний рівень саморегуляції дещо вищий у групі практично здорових досліджуваних, хоча різниця була визначена статистичною обробкою даних як досить незначна. Отже, для практично здорових досліджуваних характерною є усвідомленість та взаємопов'язаність у загальній структурі індивідуаль-

ної регуляції регуляторних ланок. Такі досліджувані самостійні, гнучко та адекватно реагують на зміну умов, висунення та досягнення мети у них більшою мірою є усвідомленим. За умов високої мотивації досягнення практично здорові досліджувані здатні формувати такий стиль саморегуляції, який дозволяє компенсувати вплив особистісних, характерологічних особливостей, які перешкоджають досягненню мети.

Показник нейротизму характеризує людину з боку її емоційної стійкості (стабільності). Показник цей – біполярний і утворює шкалу, на одному полюсі якої знаходяться люди, що характеризуються надзвичайною емоційною стійкістю, високою адаптованістю (показник 0-11 за шкалою «нейротизм»), а на іншому – надзвичайно знервовані, нестійкі і погано адаптовані досліджувані (показник 14-24 за шкалою «нейротизм»). Обидві досліджувані групи – практично здорових та з ДДЗХ – характеризуються емоційною стабільністю, емоційною стійкістю, причому члени групи досліджуваних з ДДЗХ виявили себе як більш емоційно стабільні. Емоційно стійкі (стабільні) – люди, неохочі до неспокою, стійкі по відношенню до зовнішніх впливів, викикають довіру, схильні до лідерства.

Предметна ергічність включає питання про рівень потреби в освоєнні предметного світу, прагнення до розумової і фізичної праці. Показники досліджуваних двох груп (здорових та з ДДЗХ) істотно, статистично значимо відрізняються за шкалою предметної ергічності.

Високі значення за цією шкалою, притаманні практично здоровим досліджуваним, означають високу потребу в освоєнні предметного світу, жагу до діяльності, прагнення до напруженої розумової і фізичної праці, легкість розумової активності.

Низькі значення, притаманні досліджуваним з ДДЗХ, означають пасивність, низький рівень тону і активації, небажання розумової напруги, низьку залученість у процес діяльності.

У групи досліджуваних з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями хребта істотно вищі показники тільки за однією шкалою – програмування. Ця шкала діагностує індивідуальну розвиненість усвідомленого програмування людиною своїх дій. Високі показники за цією шкалою, притаманні досліджуваним з ДДЗХ, свідчать про сформовану у людини потребу продумувати способи своїх дій та поведінки для досягнення намічених цілей, деталізованості та розгорнутості програм, які розробляються. Програми розробляються самостійно, вони гнучко змінюються в нових обставинах та стійкі в ситуації перешкод. При невідповідності отриманих результатів цілям відбувається корекція програм дій до отримання прийнятної для досліджуваних з ДДЗХ успішності. Можна припустити, що вищі значення показників шкали програмування в групі досліджуваних з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями хребта обумовлене тим, що у зв'язку із певними соматичними обмеженнями ці люди вимушені чітко програмувати свої дії задля їх успішності та ефек-

тивності, адже тільки продумавши заздалегідь послідовність виконуваних дій, операцій, рухів, можна певною мірою дистанціюватися від негативних наслідків свого захворювання.

Проведений кореляційний аналіз даних (кореляція Пірсона) дозволив виявити такі зв'язки між змінними в групі досліджуваних з ДДЗХ:

1. «загальний рівень саморегуляції» пов'язаний зі шкалою «програмування» на рівні $r=0,588$, $p<0,0001$;
2. «загальний рівень саморегуляції» зворотно пов'язаний зі шкалою «індекс егоцентризму» на рівні $r=-0,698$, $p<0,0001$; тобто вищим значенням рівня саморегуляції відповідають нижчі значення індексу егоцентризму, і навпаки;
3. «загальний рівень саморегуляції» пов'язаний зі шкалою «оцінювання результатів» на рівні $r=0,661$, $p<0,0001$;
4. «соціальна пластичність» пов'язана зі шкалою «програмування» на рівні $r=0,342$, $p<0,005$;
5. «загальний рівень саморегуляції» пов'язаний зі шкалою «емоційність» на рівні $r=0,282$, $p<0,05$.

У даних групи практично здорових досліджуваних були віднайдені такі значимі кореляційні зв'язки:

1. «загальний рівень саморегуляції» пов'язаний зі шкалою «оцінювання результатів» на рівні $r=0,832$, $p<0,0001$;
2. «соціальна ергічність» пов'язана зі шкалою «планування» на рівні $r=0,249$, $p<0,05$;
3. «загальний рівень саморегуляції» пов'язаний зі шкалою «самостійність» на рівні $r=0,647$, $p<0,0001$;
4. шкала «гнучкість» пов'язана зі шкалою «оцінювання результатів» на рівні $r=0,470$, $p<0,0001$;
5. шкала «програмування» пов'язана зі шкалою «оцінювання результатів» на рівні $r=0,502$, $p<0,0001$;
6. шкала «самостійність» пов'язана зі шкалою «оцінювання результатів» на рівні $r=0,574$, $p<0,0001$;
7. «загальний рівень саморегуляції» пов'язаний зі шкалою «програмування» на рівні $r=0,555$, $p<0,0001$.

Отже, у групі практично здорових досліджуваних було виявлено більше статистично значимих кореляційних зв'язків, щоправда, вони здебільшого стосуються зв'язку між шкалами однієї методики.

Загалом проведене дослідження засвідчило наявність суттєвих психологічних особливостей саморегуляції для груп практично здорових людей та досліджуваних з ДДЗХ.

Висновки. Здійснений теоретичний аналіз та проведене емпіричне дослідження засвідчили наявність суттєвих відмінностей у стилі саморегуляції, притаманному для практично здорових людей та для осіб з ДДЗХ. Практично здорові досліджувані проявили себе як такі, що схильні планувати, є більш гнучкими, з більш високим загальним рівнем саморегуляції та прагненням до освоєння предметного світу (предметна ергічність). У той же

час досліджувани з ДДЗХ є більшою мірою емоційно стабільними та схильними до програмування своїх дій та поведінки. Це дозволяє говорити про наявність різних стилевих особливостей саморегулятивних процесів досліджуваних у залежності від рівня їх соматичного здоров'я. Проведене дослідження дозволяє оцінити наявний стан та ресурси, потенціал саморегуляції у людей з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями хребта у порівнянні зі здоровими досліджуваними, що дає можливість вияву системи потрібної людям з ДДЗХ психологічної допомоги.

Список використаних джерел

1. Габдреева Г.Ш. Самоуправление психическим состоянием. – Казань: Изд-во КГУ, 1981.
2. Голиков Ю.Я., Костин А.Н. Теория и методы анализа проблемностей в сложной операторской деятельности // Проблемность в профессиональной деятельности: теория и методы психологического анализа. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 1999. – С. 6-80.
3. Моросанова В.И. Стилевые особенности саморегулирования личности // Вопросы психологии. – 1991. – №3. – С. 121-127.
4. Моросанова В.И. Индивидуальный стиль саморегуляции. – М.: Наука, 2001.
5. Прохоров А.О. Саморегуляция психических состояний: феноменология, механизмы, закономерности. – М.: ПЕР СЭ, 2005. – 352 с.

This article investigates the psychological characteristics of people with self degenerative-dystrophic diseases of the spine (DDDS) compared with self-regulation characteristics of healthy subjects. Empirical studies concentrated around issues of style and self-regulation temperamental features of the subjects.

Key words: self-regulation, degenerative and dystrophic diseases of the spine, planning, programming, ergomic, emotional stability.

Отримано: 24.06.2009

УДК 159.922

І.В. Петренко

ВИВЧЕННЯ РЕГУЛЯТИВНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ У ПЛОЩИНІ «СВОБОДИ ВИБОРУ»

Стаття присвячена аналізу проблеми «свободи вибору» у дослідженнях, спрямованих на вивчення регулятивної сфери особистості. У межах цього підходу довільна регуляція розглядається як усвідомле-