

Сердюк Л. З. Психологічні особливості студентів з інвалідністю / Л. З. Сердюк / Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць. – № 11 (13). – К.: Університет «Україна», 2014. – С. 238-251.

УДК 159.923.2

Л.З. Сердюк

доктор психологічних наук, доцент,

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТУДЕНТІВ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Анотація. У статті розглядаються психологічні особливості студентів що мають інвалідність. Виявлені їхні індивідуально-психологічні особливості, адаптаційні стилі, типи реагування та ставлення до хвороби, свідчать про переважачу сформованість у даній категорії осіб ефективних моделей взаємодії із соціальним оточенням, адекватного самоприйняття, активну суб'єктну життєву позицію.

Показано, що травма може розглядатись як головний ресурс у побудові системи саморегуляції людини, що має інвалідність, тобто обмеження можливостей здоров'я і травма трансформуються в ресурс особистості.

Зазначається, що цінність наукових досліджень, виконаних за участю категорії людей з інвалідністю, полягає в тому, щоб проаналізувати з позицій сучасної психології те, як організована їхня система саморегуляції і самодетермінації, які резерви і засоби переведення дефекту в перевагу, мінуса в плюс та вивчити можливості надання допомоги як людям з інвалідністю, так і людям, яких прийнято вважати «здоровими», «нормою», щодо оптимізації їхньої самореалізації в особистісній сфері та професійній діяльності.

Зроблено висновок про те, що, виходячи із гуманістичних, екзистенціальних позицій, як здоров'я, так і хвороба є способами функціонування самої особистості її самоорганізації як самодетермінованої динамічної системи, її життєвих цінностей, цілей, перспектив, свободи вибору, інтерпретації викликів,

що стоять перед нею, та обраної стратегії реагування. Успішність самореалізації та психологічного благополуччя людини, зокрема і соматичними вадами та інвалідністю, визначається наявністю в неї прагнення до саморозвитку і розкриття свого потенціалу, оцінкою власних особистісних ресурсів як достатніх для досягнення успіху та цілісного сприйняття життєвого шляху, що включає наявність та реалістичність життєвих цілей.

Ключові слова: *типи ставлення до хвороби, адаптація, самоприйняття, прийняття інших.*

Останнім часом став оформлятися відчутний соціальний запит на психологічні дослідження людей з інвалідністю, хоча потреба в цьому існувала давно – кількість людей, яким поставлений діагноз того або іншого ступеня інвалідності численна.

У постанові КМУ від 1 серпня 2012 р. № 706 «Про затвердження цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року» зазначається, що на фоні стійкого і тривалого скорочення населення України чисельність інвалідів в державі зростає. За останні 20 років чисельність повнолітніх і неповнолітніх осіб з інвалідністю в загальній чисельності населення збільшилась майже вдвічі – з 1,6 млн. осіб у 1991 році до 2,7 млн. осіб у 2011 році (із них 0,165 млн. дітей-інвалідів) і досягала показника майже у 6 %. Особи з інвалідністю працездатного віку становлять 53 % від загальної кількості осіб відповідної категорії або 6,5 % у загальній структурі економічно активного населення.

Разом із тим, відповідно до презентованої Всесвітньою організацією охорони здоров'я 9 червня 2011 року Всесвітньої доповіді про інвалідність, від 15 % до 19,4 % повнолітнього населення світу живуть із інвалідністю, з яких від 2,2 % до 3,8 % хворіють на складні форми захворювання. Дитяча інвалідність становить 5,1 % осіб, із яких 0,7 % мають складні вади.

При цьому, порівняння вищевказаної міжнародної та вітчизняної статистики свідчить про те, що в Україні завищені вимоги щодо встановлення

інвалідності, людей, які мають значні проблеми зі здоров'ям, але не мають статусу інваліда, звичайно, набагато більше.

Згідно з міжнародними дослідженнями підвищеному ризику отримання інвалідності піддаються особи з недостатнім доходом, із числа безробітних та з низьким рівнем освіти.

Як зазначається в постанові, в Україні у дошкільних навчальних закладах чисельність дітей з інвалідністю становить 0,5 % (або 6766 осіб), у загальноосвітніх закладах – 1,5 % (або 62804 осіб), у професійно-технічних навчальних закладах – 1,3 % (або 5297 осіб), у вищих навчальних закладах 0,7 % (або 17242 осіб) [2].

Як зазначається в роботах [1; 4; 5], більшість досліджень якості життя осіб з інвалідністю здійснювалася переважно в контексті спеціальної або клінічної психології, і була переважно зосереджена на базовому соматичному або неврологічному порушенні та проблемі його корекції. В сучасних психологічних дослідженнях [1; 5 та ін.] на передній план все частіше висуваються *загальнопсихологічні та соціально-психологічні проблеми*, а саме порушення виступає не стільки як поле для корекційної роботи психолога, скільки в якості умов чи системи умов для неї; сфера уваги психологічних досліджень спрямована на вивчення та розвиток ресурсів адаптації та самореалізації осіб з інвалідністю та переважно *перестає бути нозоспецифічною*. Як свідчить досвід досліджень західних країн, оптимізація середовищних параметрів у формі вдосконалювання соціально-економічної і медичної допомоги особам з інвалідністю не вирішує проблеми поліпшення суб'єктивного аспекту якості їхнього життя. Суб'єктивним аспектом якості життя є психологічне благополуччя особистості, що є інтегральною самооцінкою самоефективності особистості в певних умовах розвитку. Провідна роль, як показує практика наведених досліджень, у просуванні до реалізованої якості життя осіб з інвалідністю належить психологічним ресурсам особистості, а також ставленню до власної інвалідності.

Такі зміни дослідників у ставленні до проблеми інвалідності знайшли своє відображення і у термінології. У науковий та побутовий обіг ввійшли такі поняття, як людина із: «особливими потребами», «обмеженими можливостями»,

«обмеженими функціональними можливостями», «соматичними вадами», «вадами здоров'я» тощо, у російських дослідженнях [1; 4 та ін.] у науковий обіг стійко ввійшло поняття «особи з обмеженими можливостями здоров'я». Тобто розгляд інвалідності, як явища, в рамках патології або відхилень від норми поступово перейшов до розгляду з позицій психології індивідуальних відмінностей, варіацій норми, особливостей розвитку (Л. А. Александрова, Д. О. Леонт'єв, С. Д. Максименко, М. М. Семаго, Н. Я. Семаго). Усвідомлення цього привело до тенденції поступової відмови від вжитку самого слова «інвалід», проте повної відмови від нього ще не відбулося. Зокрема, в «Конвенції ООН про права інвалідів» значиться саме поняття «інвалід». Тому в рамках нашого дослідження, ми все ж притримуватимемося терміна «студенти з інвалідністю», тобто – це особи, які мають офіційний статус інваліда, визначений за певним ступенем важкості соматичного захворювання. Цей термін не ставить хрест на людині, фіксуючи її дефіцитарність, а проводить певну межу між людьми: між тими, до яких він належить, і іншими – до яких не належить, принаймні офіційно, бо мало хто наважиться стверджувати, що можливості його здоров'я необмежені.

В англійській термінології все частіше вживається поняття «challenged» (від слова «challenge» - «виклик»). Російські психологи це поняття трактують як «виклик», що дозволяє інакше підійти до всієї проблематики інвалідності [5]. Априорі несприятлива для індивіда ситуація інвалідності, навіть вродженої, з погляду сучасних поглядів на психологію особистості і психологію здоров'я, не може розглядатися як така, що однозначно детермінує проблеми адаптації і соціалізації особистості. Ще сто років тому А. Адлером був описаний феномен компенсації, згідно з яким люди, які виявляються в якомусь відношенні «органічно неповноцінними», розвивають інші функції на більш високому рівні. Можна згадати яскраві приклади того, коли люди із надзвичайно складними обмеженнями досягли значного ступеня самореалізації – О. В. Суворов, доктор психологічних наук, О. І. Скороходова, кандидат педагогічних наук, які при відсутності зору і слуху досягли значних результатів у сфері проблем розвитку, виховання й навчання сліпоглухонімих дітей.

Отже, залежно від ставлення людини до «виклику», інваріантного комплексу особистісних характеристик, виникають абсолютно різні не лише психологічні, а й медичні наслідки – типи ставлення до хвороби, планів, цілей, досягнень тощо.

Взагалі в природі не існує рівності можливостей, навіть безвідносно до проблеми інвалідності, і ця нерівномірність по-різному компенсується. Як, зокрема, показано в дослідженнях [5; 6; 8], вихідне, несприятливе становлення може виявлятися, в підсумку, більш сприятливим, ніж у людей, що перебувають у повному фізичному і фізіологічному порядку, проте, розслабляючись, вони втрачають згодом свою стартову перевагу. Дані автори пропонують розмежовувати два модуси реагування на критичні обставини: частковий та цілісний.

У першому випадку реагування відбувається з використанням «готових» механізмів, що автоматично спрацьовують, наприклад, захисних механізмів спрощення поведінки або стратегій примирення. Інший модус реагування – це відповідь на виклик, що дає цілісна особистість усією своєю сутністю. Саме через свідоме творче вибудовування нової життєвої тактики і стратегії, через роботу особистості не тільки зі своєю внутрішньою реальністю, але, насамперед, із реальністю взаємин зі світом [7; 8].

Розрізняючи можливе ставлення людини до виклику інвалідності як до проблеми і як до завдання, як зазначається авторами роботи [5], сприйняття цього виклику як *проблеми*, насамперед, проявляється в усвідомленні себе як проблемного, як представника особливої категорії, у крайньому варіанті це проявляється у вигляді пристосовницької, утриманської установки, де сам органічний дефект відіграє роль засобу рентної діяльності. Якщо виклик приймається як *завдання*, то, навпаки, людина відмовляється вважати себе не такою, як інші, відносити себе в окрему категорію, прагне максимально спиратися на внутрішні ресурси, «орієнтуватися на дію» у термінах теорії саморегуляції.

Психологічні дослідження особистісних якостей студентів, які мають статус інваліда, що проводяться у Відкритому університеті розвитку людини «Україна»

(340 осіб), дали можливість накопичити значний емпіричний матеріал, аналіз якого дає можливість зробити висновки стосовно особистісної організації даної категорії людей, їх пристосованості до життя, стилів поведінки в життєвих ситуаціях, орієнтацій на майбутнє.

У дослідженні нами використовувалися опитувальники: Міні-Мульт (скорочений варіант ММРІ), адаптація Ф. Б. Березіна та М. П. Мірошникова; переважаючого типу ставлення до хвороби (ТОБОЛ); діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда.

Дані, за результатами опитувальника Міні-Мульт, наведені в таблиці 1.

Таблиця 1.

Індивідуально-психологічні особливості абітурієнтів з інвалідністю

	Шкала брехні	Шкала достовірності	Шкала корекції	Іпохондрія	Депресія	Істерія	Психопатія	Паранойяльність	Психастенія	Шизоїдність	Гіпотонія
\bar{X}	54,1	50,9	51,1	51,9	48,2	52,6	48,3	49,8	49,8	52,9	49,3
Md	55	50	51	52	46	51	49	50	51	52	51
Mo	46	46	48 ^a	48	46	55	49	50	51	49	40
S _x	11,	7,6	9,5	7,77	9,2	10,4	10,7	11,5	10,9	9,5	11,4

Примітка: \bar{X} – середнє значення; Md – медіана; Mo – мода; S_x – стандартне відхилення; а – є декілька мод, вказана найменша.

Високими оцінками за всіма шкалами є ті, що перевищують 70, низькими вважаються оцінки нижче 40. Виходячи із отриманих значень центральної тенденції, всі показники містяться в межах статистичної норми. Більш детальний частотний аналіз показує, що високі показники мають місце за наступними базисними шкалами: за шкалою іпохондрія (Hs), тобто схильність до астено-невротичного типу особистості мають 2,1 % досліджуваних; схильних до істерії (Hu), тобто неврологічних захисних реакцій конверсійного типу виявлено у 8,8 % осіб, це категорія людей, що використовують симптоми соматичного

захворювання як засіб уникнення відповідальності; схильність до психопатії (Pd), яка проявляється в соціальній дезадаптації, агресивності, конфліктності, зневажанні соціальних норм і цінностей, виявлена у 2,1 % осіб; паранойяльність (Pa) характерна для 5,4 % осіб; психастенія (Pt), діагностує осіб із тривожно-недовірливим типом характеру, виявилася у 2,7 % осіб; шизоїдність (Se) характерна для 5,5 % осіб; гіпотонія (Ma) – для 2,1 % осіб. Вираженість даних показників наочно показана на рисунку 1.

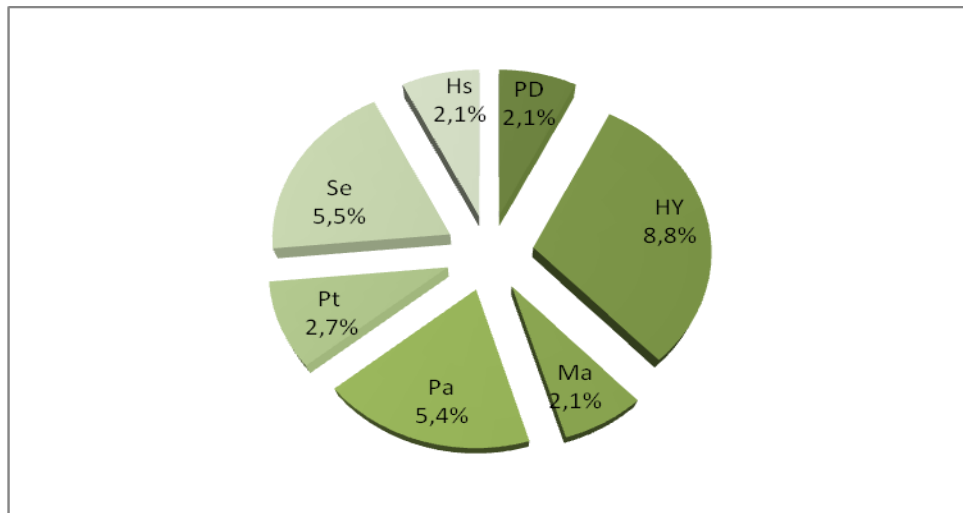


Рисунок 1. Вираженість індивідуально-психологічних характеристик абітурієнтів з інвалідністю (за методикою Міні-Мульт).

Важливим і достатньо інформативним для розуміння особистісної організації майбутніх студентів з інвалідністю є дослідження їхнього ставлення до свого захворювання, сенсорного чи фізичного дефекту, оскільки внутрішня картина хвороби, дефекту, як сукупність когнітивних, емоційних та поведінкових реакцій індивіда на власний фізичний дефект, соматичну хворобу є основним змістовним новоутворенням психіки, в якому відображається весь процес внутрішньої перебудови особистості людини.

За результатами використання опитувальника «Тобол», призначеного для визначення ставлення до хвороби та поведінки людини в ситуації наявності в неї певного захворювання, отримано дані (таблиця 2), які дають можливість оцінити, як ставлення до хвороби впливає на ефективність поведінки, рівень адаптації суб'єкта та успішність виконання різних видів діяльності. На даній вибірці

досліджуваних було виявлено декілька домінуючих «чистих» типів ставлення та загальних блоків – умовно адаптивного та дезадаптивного.

Таблиця 2.

Домінуючі типи ставлення до хвороби абітурієнтів з інвалідністю

Гармонійний	Анозогно- зичний	Паранояльний	Сензитивний	Умовно адаптивний	Дезадаптивний	
					Інтрапсихічна спрямованість	Інтерпсихічна спрямованість
22 %	17 %	18 %	6 %	21 %	10 %	6 %

В цілому отримані дані свідчать про те, що значна частина досліджуваних, близько 50 % – гармонійний та умовно адаптивний тип – має цілком адекватну оцінку свого стану, не перебільшує і не недооцінює ступінь власних труднощів. Частка людей анозогнозичного типу – 17 % – сильна до відкидання думок про наявність хвороби, що може бути як наслідком її ігнорування через адаптацію, так необґрунтовано легковажного ставлення до свого стану. Частка досліджуваних паранояльного типу – 18 % – схильні вважати хворобу результатом впливу сторонніх сил, що може призводити до недружелюбного чи ворожого ставлення до інших. Також для 6 % осіб сенситивного типу характерна підвищена емоційна реакція на можливі ураження з приводу фізичного дефекту, що може негативно впливати на упередження стосовно ставлення до них навколишніх. Для 16 % досліджуваних характерний дезадаптивний тип ставлення до хвороби з інтра- та інтерпсихічною спрямованістю.

Характерною рисою змішаних типів ставлення до фізичного дефекту є їх змістовний характер, що знаходить відображення у проявах поведінки людей із даним типом. Змістовний характер співвідношення між складовими змішаних типів переважно суперечливий, що означає і суперечливий характер самої структури ставлень особистості, пов'язаних із соматичним захворюванням.

Слід зазначити, що така характеристика сприймання і ставлення до хвороби осіб з інвалідністю є специфічною саме для вступників до ВНЗ. Іншу картину

можна побачити в дослідженні О. І. Купреєвої [3], яке описує ставлення до дефекту інвалідів-ампутантів, членів збірної команди України і гравців клубних команд із сидячого волейболу. У цієї категорії людей переважаючим є ергопатичний тип ставлення (44 %), анозогнозичний (32 %), сензитивний (12 %), паранояльний (4 %), гармонійний (8 %). Чисті типи склали 71 % вибірки, змішані – 29 %. Така ситуація є цілком природною, оскільки спортсмени, орієнтовані на досягнення, в основі яких, з огляду на описані дані, закладене компенсаторне підґрунтя; поведінка пронизана протиріччями – поєднані ігнорування дефекту, шляхом надзвичайно відповідального занурення в роботу з постійними занепокоєнням та помисливістю у ставленні до травми, небажання, і в той же час, вимога особливої уваги до себе, бравада і завищений рівень домагань [3].

Зважаючи на важливе значення в загальній картині динаміки адаптаційного процесу до нових умов навчання у ВНЗ особистісних психологічних чинників, таких як, локус контролю, особливості самооцінювання, самоприйняття себе та інших, прагнення до домінування, емоційний комфорт тощо, в психологічній діагностиці вступників застосовувалася методика діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонда. В таблиці 3 та на рисунку 2 наведені дані дослідження.

Таблиця 3.

Показники соціально-психологічної адаптації абітурієнтів з інвалідністю

	Адаптивність	Брехливість	Прийняття себе	Прийняття інших	Емоційний комфорт	Внутрішній контроль	Домінування	Ескапізм
\bar{X}	139,3	32,3	47,3	25,2	25,2	50,9	9,7	14,9
Md	146	31	49	26	26	52	10	16
Mo	146	31	50	26	27	52	10	18
S_x	32,3	12,2	11,4	6,1	6,4	12,9	3,9	5,9

Примітка: \bar{X} - середнє значення; Md – медіана; Mo – мода; S_x – стандартне відхилення; а- є декілька мод, вказана найменша.

Як показує здійснений аналіз даних, інвалідність може виступати і реально виступає в ряді випадків як конструктивний ресурс побудови особливої системи саморегуляції.

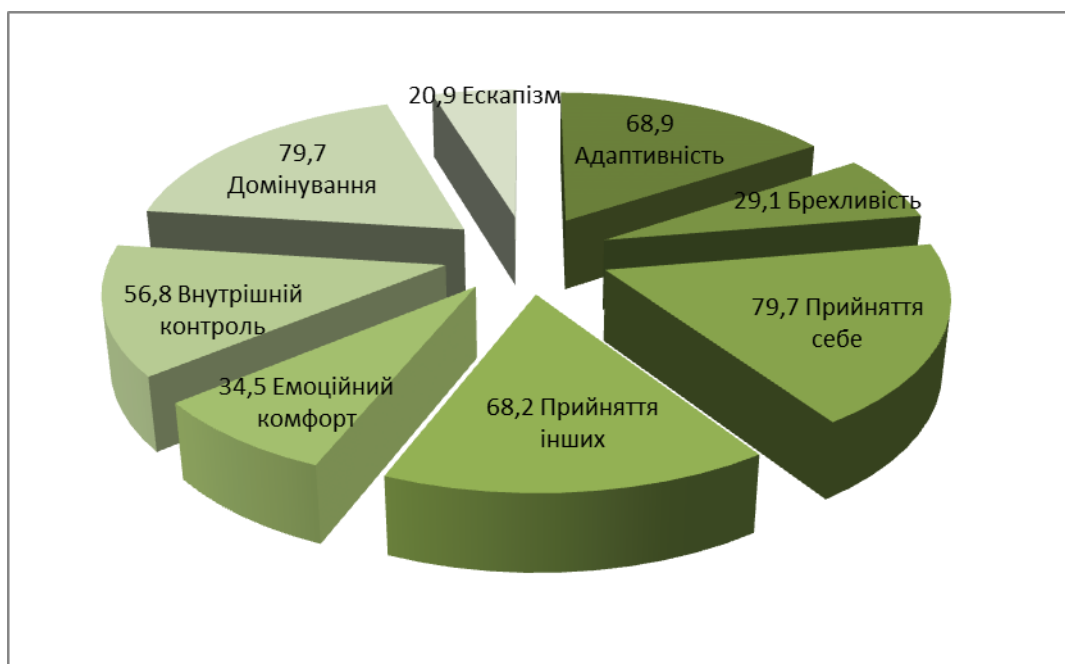


Рис.2. Розподіл показників соціально-психологічної адаптивності абітурієнтів з інвалідністю

Отже, травма може розглядатись як головний ресурс у побудові системи саморегуляції. Іншими словами, обмеження можливостей здоров'я і травма трансформуються в ресурс особистості.

Цінність наукових досліджень, виконаних за участю категорії людей з інвалідністю, полягає в тому, щоб проаналізувати з позицій сучасної психології те, як організована їхня система саморегуляції і самодетермінації, які резерви і засоби переведення дефекту в перевагу, мінуса в плюс та вивчити можливості надання допомоги як людям з інвалідністю, так і людям, яких прийнято вважати «здоровими», «нормою», щодо оптимізації їхньої самореалізації в особистісній сфері та професійній діяльності.

Виходячи із гуманістичних, екзистенціальних позицій, як здоров'я, так і хвороба є способами функціонування самої особистості її самоорганізації як самодетермінованої динамічної системи, її життєвих цінностей, цілей,

перспектив, свободи вибору, інтерпретації викликів, що стоять перед нею, та обраної стратегії реагування.

Зазвичай, людина безпосередньо не відчуває дефіцитарності свого розвитку, вона сприймає ті труднощі, що виникають в результаті цього. Як зазначає А. Адлер, органічні, вроджені причини діють не самі по собі, не прямо, а опосередковано, через зниження соціальної позиції особистості. Малоцінність органів, за Адлером, що призводить до компенсації, створює особливу психологічну позицію для особистості. Цей психологічний комплекс, що виникає на основі зниження соціальної позиції через дефект, Адлер називає почуттям неповноцінності. У двочленний процес «дефект - компенсація» вноситься третій, проміжний: «дефект - почуття малоцінності (неповноцінності) - компенсація», тобто дефект викликає компенсацію не прямо, а опосередковано, через створюване ним відчуття дефіциту.

Загалом, успішність самореалізації та психологічного благополуччя людини, зокрема і соматичними вадами та інвалідністю, визначається наявністю в неї прагнення до саморозвитку і розкриття свого потенціалу, оцінкою власних особистісних ресурсів як достатніх для досягнення успіху та цілісного сприйняття життєвого шляху, що включає наявність та реалістичність життєвих цілей.

Список використаних джерел

1. Александрова Л.А., Лебедева А.А. Леонтьев Д.А. Ресурсы саморегуляции студентов с ограниченными возможностями здоровья как фактор эффективности инклюзивного образования // Личностный ресурс субъекта труда в изменяющейся России. Материалы II Международной научно-практической конференции. Часть 2. Симпозиум «Субъект и личность в психологии саморегуляции». Кисловодск; СевКавГТУ, 2009. – С. 11—16.
2. Державна програма „Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів” на період до 2020 року” // Постанова КМУ від 1 серпня 2012 р. № 706.
3. Купрєєва О.І. Ставлення до свого “фізичного Я” інвалідів з ампутацією кінцівок // Проблеми загальної та педагогічної психології: Збірн. Наук. праць Ін-т. психології ім. Г.С. Костюка АПН України/ За ред. Максименко С.Д.-К., 2000.-Т.2, част.5.-С.55-61.
4. Леонтьев Д. А. Личностный потенциал как основа самодетерминации // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ. Выпуск 1 / Под общ.ред. Б. С. Братуся, Д. А.

Леонтьева. – М.: Смысл, 2002. С. 56-65.

5. Леонтьев Д. А., Александрова Л. А. Вызов инвалидности: от проблемы к задаче // Третья Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии: Материалы сообщений / Под ред. Д. А. Леонтьева. М., 2010. — 180 с. (Москва, 4—5 мая 2010 г.).

6. 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.: Смысл, 1997. - С. 156—176.

7. Магомед-Еминов М.Ш., Васильев И.А. Анализ когнитивного подхода в зарубежных теориях мотивации. Вопросы психологи. – 1986.- № 5.- с.53-58.

8. Макклелланд Д. Мотивация человека / Д.Макклелланд. – СПб.: Питер, 2007. – 672 с.

***Аннотация.** В статье рассматриваются психологические особенности студентов, имеющих инвалидность. Характерные для них индивидуально-психологические особенности, адаптационные стили, типы реагирования и отношения к болезни, которые были выявлены, свидетельствуют о преобладающей сформированности у данной категории лиц эффективных моделей взаимодействия с социальным окружением, адекватного самопринятия, активной субъектной жизненной позиции.*

Показано, что травма может рассматриваться как главный ресурс в построении системы саморегуляции человека, который имеет инвалидность, то есть ограничение возможностей здоровья и травма трансформируются в ресурс личности.

Отмечается, что ценность научных исследований, выполненных при участии категории людей с инвалидностью, состоит в том, чтобы проанализировать с позиций современной психологии то, как организована их система саморегуляции и самодетерминации, какие резервы и средства перевода дефекта в преимущество, минуса в плюс, а также изучить возможности оказания помощи как людям с инвалидностью, так и людям, которых принято считать "здоровыми", "нормой", относительно оптимизации их самореализации в личностной сфере и профессиональной деятельности.

Сделан вывод о том, что, выходя из гуманистических, экзистенциальных позиций, как здоровье, так и болезнь являются способами функционирования самой личности ее самоорганизации как самодетерминированной динамической системы, ее жизненных ценностей, целей, перспектив, свободы выбора, интерпретации вызовов, которые стоят перед ней, и выбраной стратегии реагирования. Успешность самореализации и психологического благополучия человека, в частности с соматическими заболеваниями и инвалидностью, определяется наличием у нее стремления к саморазвитию и раскрытию своего потенциала, оценкой собственных личностных ресурсов как достаточных для

достижения успеха и целостного восприятия жизненного пути, который включает наличие и реалистичность жизненных целей.

Ключевые слова: типы отношения к болезни, адаптация, самопринятие, принятие других.

Abstract. *The psychological characteristics of students with disabilities deal in the article. Their individual psychological characteristics, adaptive styles, types of responses and attitudes to the disease, which have been identified, show prevailing in this category of persons effective models of interaction with the social environment, adequate self-acceptance, active life position.*

It is shown that the injury can be seen as the primary resource in the construction of self-man who has a disability that restricted scope of health and injury transformed into a resource person.

It is noted that the value of research carried out with the participation of categories of people with disabilities is to analyze from the standpoint of modern psychology, how organized their system of self-regulation and self, which means the transfer of reserves and the defect in the lead, minus in plus, and explore possibilities assist people with disabilities as well as people who are considered to be "healthy", "normal", for optimizing their fulfillment in the personal sphere and careers.

It is concluded that, based on humanistic, existential position as health and disease are methods of the personality self-organization as self-determine dynamic system of life values, goals, prospects, freedom of choice, interpretation challenges before it, and the chosen response strategy, the success of self and psychological well-being, including those with physical disabilities and disability is determined by the presence of her desire for self- disclosure and its potential, assessment of their own personal resources sufficient to achieve success and holistic perception of the life course that including the availability and feasibility of life goals.

Keywords: types of relationships to disease, adaptation, self-acceptance, acceptance of others.