

# Психологические адаптационные характеристики лиц с ограниченными физическими возможностями

Косаревская Т.Е., Ткач М.Г.

Учреждение образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова»

В статье представлены результаты исследования механизмов социально-психологической адаптации у людей со стойким функциональным нарушением опорно-двигательного аппарата различного генеза и степени тяжести.

Цель научной работы – анализ адаптационных возможностей личности в ситуации заболевания, сопровождающегося нарушением работы опорно-двигательного аппарата.

**Материал и методы.** В число респондентов вошли взрослые лица, имеющие группу инвалидности, связанную с нарушением опорно-двигательного аппарата (лица с травмой позвоночника и лица с детским церебральным параличом). В эмпирическом исследовании использовались методика социально-психологической адаптации К. Роджерса, Р. Даймонда в адаптированном варианте А. Осницкого и методы математической статистики.

**Результаты и их обсуждение.** Проанализированные данные позволяют сделать вывод о том, что в представленной выборке значения по интегральным показателям социально-психологической адаптации находятся на среднем и высоком уровнях. Вместе с тем выявлен и ряд отличий в уровне развития адаптационных механизмов и психологических характеристиках респондентов с разными заболеваниями, связанными с нарушением опорно-двигательного аппарата. Установлены наиболее статистически значимые связи между интегральными показателями социально-психологической адаптации.

**Заключение.** Социально-психологическая адаптация представляет собой динамичный непрерывный процесс, в котором задействованы физиологические и психологические механизмы личности, а также условия и факторы социальной среды, в которой личность живет и функционирует. Полученные данные позволяют говорить о возможности достижения конструктивного баланса между личностью и средой в условиях инвалидизирующего заболевания. Развитые адаптационные характеристики человека не только способствуют достижению личностной стабильности и приспособлению к условиям жизнедеятельности, но и ведут к раскрытию личностного потенциала.

**Ключевые слова:** адаптация, адаптационные механизмы, социальная среда, лица с ограниченными физическими возможностями.

## Psychological Adaptation Characteristics of People With Health Limitations

Kosarevskaya T.E., Tkach M.G.

Educational Establishment "Vitebsk State P.M. Masherov University"

The article presents the research results of social and psychological adaptation mechanisms of people with persistent functional muscle-skeleton disorders of different genesis and severity.

The purpose of the article is to analyze the personality adaptation mechanisms in case of muscle-skeleton disorders of various geneses.

**Material and methods.** The respondents are the adults with an identified Disability Group connected with muscle-skeleton disorders (people with spinal cord injuries and people with infantile cerebral palsy). The empirical study used the methodology of social and psychological adaptation of C. Rogers, R. Diamond in the adapted version of A. Osnitsky and methods of mathematical statistics.

**Findings and their discussion.** The analyzed data allow us to conclude, that in the presented sample the values for integral indicators of social and psychological adaptation are at the average and high levels. At the same time, a number of differences have been identified in the level of development of adaptation mechanisms and psychological characteristics of respondents with different diseases related to muscle-skeleton disorders. The most statistically significant links between integral indicators of social and psychological adaptation have been established.

**Conclusion.** Social and psychological adaptation is a dynamic continuous process involving the physiological and psychological mechanisms of the individual, as well as the conditions and factors of the social environment in which the individual lives and functions. The obtained data suggest the possibility of achieving a constructive balance between personality and environment in conditions of disability disease. Developed human adaptation characteristics contribute not only to the achievement of personal stability and adaptation to living conditions, but also lead to the disclosure of personal potential.

**Key words:** adaptation, adaptive mechanisms, social environment, persons with health limitations.

**Р**азвитые адаптационные возможности личности – важная предпосылка для удовлетворения потребностей личности через приспособление к требованиям среды, межличностным отношениям, видам деятельности и способность к мотивированному, целенаправленному развитию.

Стойкое нарушение здоровья и, как следствие, возникновение инвалидности представляет собой кризисную ситуацию развития личности. Возникновение патологических и дефицитарных состояний лишает человека сложившегося образа жизни и требует значительных усилий для процесса адаптации к изменившимся условиям жизнедеятельности. Проблемная ситуация, коей является болезнь, и последующая инвалидизация личности выступают именно тем стимулом для возникновения адаптационного процесса. Основной целью любой адаптации является устранение либо минимизация вредоносного (разрушающего) действия или явления. В данном случае можно говорить о снижении негативного воздействия болезни на человека с помощью адаптационных возможностей [1].

Многие исследователи рассматривают адаптацию в нескольких аспектах: физико-биологическом, индивидуально-психологическом, социально-психологическом.

В контексте исследуемого вопроса нас интересовала именно социально-психологическая адаптация, которая предполагает получение личностью конкретного социально-психологического статуса, способствующего согласованности внутренних и внешних условий жизнедеятельности.

Социально-психологическая адаптация выступает как сложная комбинация взаимосвязанных компонентов: личностных характеристик, особенностей социальной среды – и предполагает целый спектр изменений, которые приводят к формированию необходимых адаптационных возможностей личности в ситуации совладающего поведения [2].

Цель научной работы – анализ адаптационных возможностей личности в ситуации заболевания, сопровождающегося нарушением работы опорно-двигательного аппарата.

**Материал и методы.** В психологическом исследовании приняли участие 60 человек. В группу респондентов вошли лица от 18 до 66 лет, имеющие группу инвалидности, связанную с нарушением опорно-двигательного аппарата различной степени тяжести. В ходе проведения эмпирического изучения выборка была разделена на две группы: в состав первой группы вошли лица с диагнозом детский церебральный паралич (ДЦП), в состав второй – лица с нарушением функциони-

рования опорно-двигательного аппарата вследствие травмы позвоночника. Отметим, что в ходе предварительного этапа выборка испытуемых была сформирована из лиц, согласившихся принять участие в исследовании, что составило около 40% от всех опрошенных респондентов.

Для диагностики адаптационных возможностей личности была использована методика социально-психологической адаптации К. Роджерса, Р. Даймонда в адаптированном варианте А. Осницкого [3]. Полученные результаты методики интерпретируются по нескольким шкалам: адаптация, интернальность, самопринятие, принятие других, эмоциональный комфорт и стремление к доминированию. Статистический анализ проводился с применением коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

**Результаты и их обсуждение.** Исходя из полученных эмпирических данных установлено, что в представленной выборке испытуемых значения по интегральным показателям адаптации, принятия других, самопринятию, интернальности и стремлению к доминированию находятся на среднем и высоком уровнях. Можно считать, что в исследовании приняли участие лица, достаточно хорошо адаптировавшиеся к ситуации болезни и инвалидности.

Более детальный анализ результатов эмпирического исследования по группам респондентов позволяет отметить ряд отличий как в уровнях адаптации, так и в других социально-психологических характеристиках. Так, в группе лиц с травмой позвоночника высокий уровень адаптации зафиксирован у 69% испытуемых, 31% испытуемых показали средний уровень по данному показателю. Полученные данные свидетельствуют о мобилизации адаптационных свойств личности, которые, в свою очередь, способствуют приспособлению к изменившимся условиям жизни в связи с инвалидностью. В группе лиц с диагнозом ДЦП, напротив, отмечается преобладание среднего уровня адаптации (55% респондентов). Это может объясняться особенностями диагноза ДЦП, в частности спецификой личностного профиля больного, которая затрудняет достижение более высокого уровня адаптационных возможностей. Низкого уровня адаптации среди респондентов двух групп выявлено не было (рисунок 1). Данный результат также немаловажен, так как критерии адаптированности отчасти совпадают с критериями личностной зрелости, в том числе с чувством собственного достоинства и умением уважать других, открытостью реальной практике деятельности и отношений, пониманием своих проблем и стремлением совладать, справиться с ними.

Данные по интегральному показателю «Самопринятие» в двух группах распределились следующим образом. Группа с травмой позвоночника показала высокий уровень самопринятия – 97% респондентов, остальные 3% лиц относятся к среднему уровню. В то время как в группе с ДЦП высокий уровень самопринятия выявлен у 74% участников, 26% испытуемых имеют средний уровень (рисунок 2). В обеих группах установлена сильная значимая связь уровня адаптированности и принятия себя: у испытуемых с травмой  $r_s = 0,87$  ( $p \leq 0,01$ ), у испытуемых с ДЦП  $r_s = 0,83$  ( $p \leq 0,01$ ).

Опираясь на полученные данные, а также на проведенные личные встречи и индивидуальные беседы с участниками исследования, мы можем предположить, что преобладание высокого уровня самопринятия среди лиц с травмой позвоночника может объясняться фактом отсутствия в составе группы людей с недавно приобретенной инвалидностью (до года или 1 год), которые находятся в остром стрессовом состоянии. У такой категории лиц уровень самопринятия значительно отличался бы от вышеописанного. Характеризуя нашу группу с травмой позвоночника, стоит отметить значительный стаж инвалидности среди

участников, от 5 до 10 лет, в некоторых случаях свыше 10 лет.

Безусловно, столь оптимистичные эмпирические данные в обеих группах дают основания предполагать, что принятие себя в ситуации инвалидности выступает как результат адекватной самооценки, дружественного отношения к собственному «Я» и определяет степень удовлетворенности личностными характеристиками. Однако существует вероятность того, что высокая степень самопринятия нередко может превращаться в нетребовательность, неприязнительность, когда человеку «все хорошо» даже в тех случаях, когда это совсем не так. Как подчеркивают многие специалисты, развитие личности должно сопровождаться принятием себя, но не должно им ограничиваться или заканчиваться.

Как отмечалось выше, люди с диагнозом ДЦП также имеют высокий уровень самопринятия, но вместе с тем количество испытуемых с показателем среднего уровня значительно превышает количество респондентов в группе с травмой позвоночника. На наш взгляд, наличие среднего уровня самопринятия у людей с ДЦП может быть связано с нестабильной самооценкой,

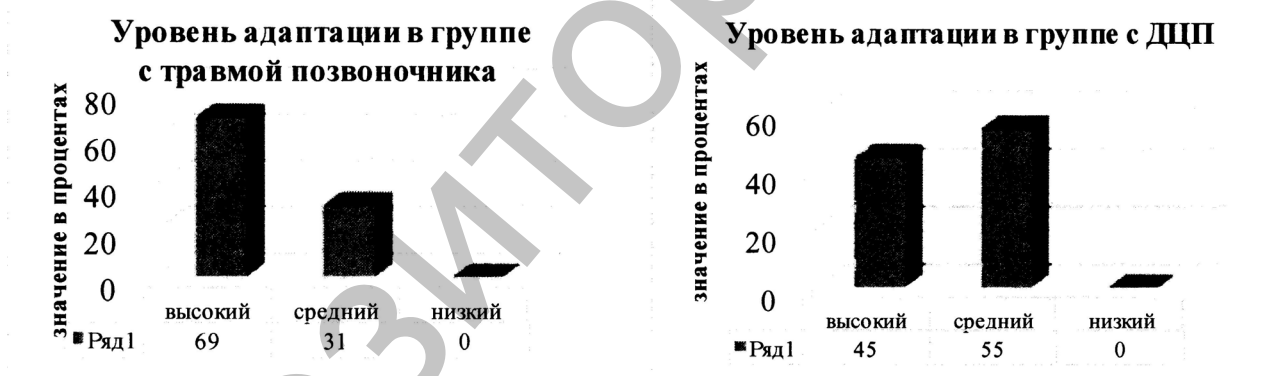


Рисунок 1 – Уровни социально-психологической адаптации в группах выборки

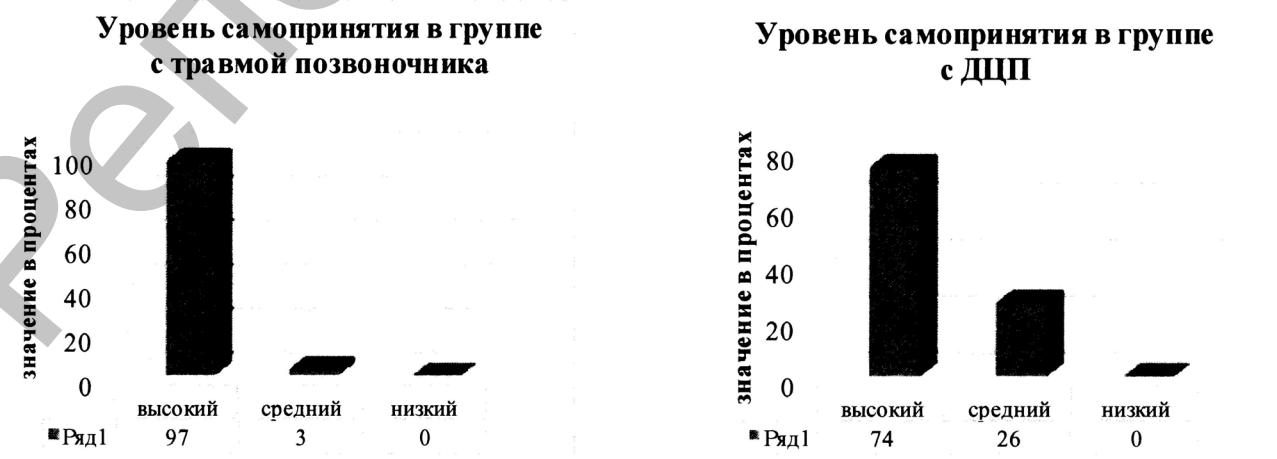


Рисунок 2 – Уровень показателя «Самопринятие» в группах выборки

со значительной зависимостью от социального окружения, которое оценивает личностные качества человека, его умения, достижения, особенности характера.

По показателю «Принятие других» высокий уровень значений был отмечен у 66% испытуемых в группе с травмой позвоночника, средний уровень – у 34%. Группа с диагнозом ДЦП показала следующее распределение: 39% участников группы имеют высокий уровень, 55% – средний и 6% – низкий. Связь уровня адаптированности и принятия других: у испытуемых с травмой  $r_s = 0,63$  ( $p \leq 0,01$ ), у испытуемых с ДЦП  $r_s = 0,40$  ( $p \leq 0,01$ ).

Принятие других подразумевает определенную потребность личности в общении, взаимодействии и совместной деятельности, умение и готовность принять другого человека с его недостатками и достоинствами. Мы предполагаем, что преобладание высокого уровня принятия других в группе с травмой позвоночника связано с умением выстраивать межличностное взаимодействие и коммуникационный процесс, ожиданием позитивного отношения к себе окружающих, которые сохраняются и после наступления инвалидности. Говоря о людях, живущих с детским церебральным параличом, умение взаимодействовать с людьми и потребность в общении чаще всего не получают должного развития в силу определенной ограниченности возможности взаимодействия с социальным окружением (часто круг общения ограничен семьей).

Сравнительный анализ результатов по шкале «Эмоциональный комфорт» показал, что люди с травмой позвоночника испытывают больший эмоциональный комфорт (59%), чем люди с диагнозом ДЦП, здесь высокий уровень отмечен лишь у 36% респондентов, в то время как средний уровень в данной группе был выявлен у 58% испытуемых, 6% испытывают эмоциональный дискомфорт. Связь уровня адаптированно-

сти и эмоционального комфорта: у испытуемых с травмой  $r_s = 0,81$  ( $p \leq 0,01$ ), у испытуемых с ДЦП  $r_s = 0,59$  ( $p \leq 0,01$ ). Интерпретируя полученные данные, стоит сказать, что эмоциональный комфорт связан, в первую очередь, с состоянием уверенности, спокойствия, удобства, когда человек всем доволен, оптимистичен, открыто выражает свои эмоции и может получать положительные эмоции извне, не испытывает чувства страха и тревоги.

Обращая внимание на распределение показателей по данной шкале в группе людей с детским церебральным параличом, стоит отметить, что преобладание среднего уровня эмоционального комфорта может объясняться наличием неблагоприятных ситуаций и внешних факторов, существенно влияющих на эмоциональный фон. Но, на наш взгляд, средние и низкие показатели эмоционального комфорта следует рассматривать в контексте личностных особенностей. И здесь речь может идти о существующем субъективном восприятии собственных ограничений жизнедеятельности. В такой ситуации человек с инвалидностью создает ограничения, ставит себя в определенные рамки, которые не позволяют как проявлять эмоции, так и получать эмоциональные впечатления от процесса включенности в общественную жизнь. Опираясь на индивидуальные беседы с участниками исследования, мы можем говорить о феномене выученной беспомощности, который характеризуется дефицитностью мотивационной, когнитивной и эмоциональной сфер личности. Рассматривая эмоциональный аспект выученной беспомощности, мы говорим об эмоционально нестабильном состоянии, возникающем в результате как оценки семьи и окружающих, так и собственной субъективной оценки действий и поступков, часто переживаемых как безрезультатные и тщетные в силу имеющихся ограничений жизнедеятельности. Неустойчивость эмоционального состояния часто

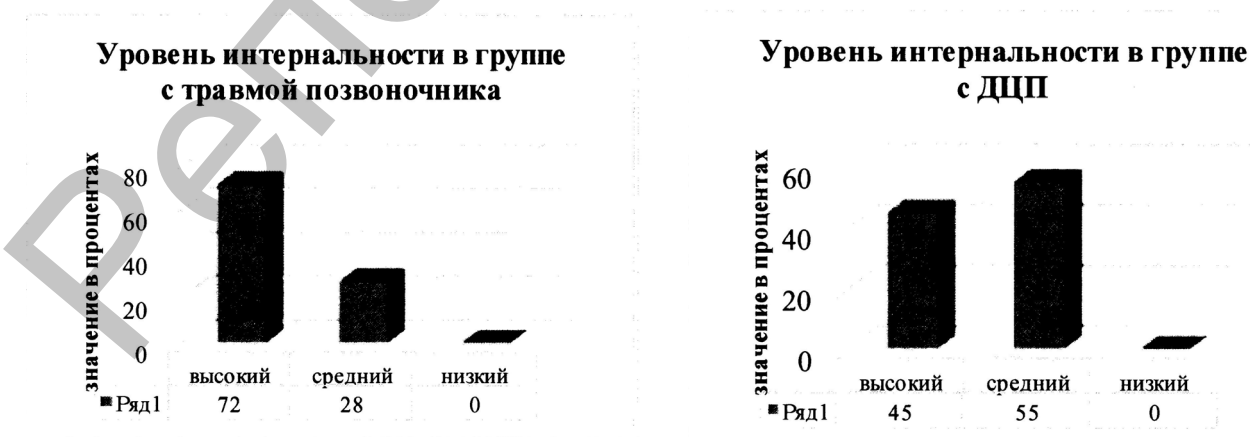


Рисунок 3 – Уровень показателя «Интернальность» в группах выборки

связана с представлением о неподконтрольности ситуации, то есть независимости результата от прилагаемых усилий.

При оценке результатов по показателю эмоционального комфорта у людей с травмой позвоночника отметим, что более высокий уровень эмоционального комфорта объясним сохранностью прежнего восприятия жизни, который был до наступления инвалидности. Перенос предыдущего опыта жизни на нынешнюю ситуацию болезни обеспечивает меньшую зависимость от оценки окружающих и адекватную реакцию на болезнь, что, в свою очередь, не создает дополнительных ограничений и существенных колебаний эмоциональных состояний личности.

Следующая рассматриваемая характеристика – интернальность как свойство личности, присущее людям, которые принимают ответственность за то, что происходит с ними, за свои поступки на себя, отражает уровень субъективного контроля.

Данные, представленные на рисунке 3, свидетельствуют о том, что высокие значения интернальности наблюдаются в группе людей с травмой позвоночника – у 72% респондентов, в группе людей с диагнозом ДЦП по аналогичному критерию высокие показатели отмечаются значительно реже – у 45% испытуемых, в то время как средний уровень демонстрируют 55% участников группы. На основании этого мы можем сделать вывод, что у людей после травмы позвоночника интернальность приобретает определенную мотивационную нагрузку, поэтому и возникает склонность в максимальной степени брать ответственность за происходящие в жизни события на себя, а достигнутые результаты оценивать с позиции собственного поведения, способностей и личностных характеристик. Однако наличие повышенного уровня внутреннего контроля порой означает нежелание видеть имеющуюся ресурсность социального окружения, отсутствие определенной степени доверия ни к кому иному кроме как к себе самому.

Преобладание средних значений показателя интернальности в группе людей с ДЦП, на наш взгляд, в значительной степени имеет ситуативный характер, то есть в зависимости от жизненных обстоятельств ответственность может приниматься на себя либо частично, либо полностью делегироваться другому человеку. Связь уровня адаптированности и интернальности: у испытуемых с травмой  $r_s = 0,68$  ( $p \leq 0,01$ ), у испытуемых с ДЦП  $r_s = 0,75$  ( $p \leq 0,01$ ).

Методика, использовавшаяся в исследовании, позволяет рассмотреть и такой параметр социально-психологической адаптации, как

стремление к доминированию в межличностных отношениях. В обеих группах респондентов преобладал средний уровень стремления к доминированию. Это наиболее оптимальный показатель по данному критерию, когда в личностном профиле могут сочетаться как лидерские качества и способность к руководству, так и возможность быть зависимым от других, полагаться на чужое мнение и выполнять установленный алгоритм действий. Процентное соотношение по уровню в группах выборки следующее: высокий уровень доминирования наблюдался у 16% испытуемых в группе с ДЦП и у 10% респондентов в группе с травмой позвоночника; низкий уровень – у 36% в группе людей с ДЦП и у 24% респондентов в группе с травмой позвоночника. Связь уровня адаптированности и доминирования менее выраженная, чем для других рассмотренных параметров: у испытуемых с травмой  $r_s = 0,43$  ( $p \leq 0,01$ ), у испытуемых с ДЦП  $r_s = 0,50$  ( $p \leq 0,01$ ).

**Заключение.** В ходе анализа адаптационных возможностей лиц с ограниченными физическими возможностями было установлено, что по всем представленным параметрам преобладает высокий и средний уровни социально-психологической адаптации. Очевидно, мы получили информацию о наиболее благополучно адаптированной категории лиц с инвалидностью. Выявлены различия в личностных характеристиках и основаниях адаптации у лиц с ДЦП и лиц с травмой позвоночника. В целом последняя категория лиц занимает более самостоятельную и активную позицию, что является психологическим ресурсом для реабилитационного процесса. Лица с ДЦП, а также их семьи нуждаются в организации психологической поддержки для коррекции эмоционального состояния и личностного развития при данных ограничениях здоровья. Содержание психологической помощи для лиц с разной этиологией физических ограничений должно быть дифференцированным. Отметим, что организация психологической работы для лиц с трудностями адаптации наиболее актуальна, но существенно осложнена в силу их отказа от участия в исследовании из-за опасений, что это может повлиять на оценку статуса их инвалидности.

## Литература

1. Хаустова, А.И. Социально-психологическая адаптация / А.И. Хаустова // Молодой ученый. – 2016. – № 26(130). – С. 614–617.
2. Тюрина, Н.В. Понятие адаптации в современной психологии / Н.В. Тюрина // Вестн. АГТУ. – 2007. – № 5. – С. 152–157.
3. Осницкий, А.К. Определение характеристик социальной адаптации / А.К. Осницкий // Психология и школа. – 2004. – № 1. – С. 43–56.

Поступила в редакцию 02.06.2020