

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

Т.Е. Косаревская, М.Г. Ткач

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ
ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ**

Монография

*Витебск
ВГУ имени П.М. Машерова
2022*

УДК 364.4:61:364.694
ББК 60.993-35+88.53
К71

Печатается по решению научно-методического совета учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». Протокол № 4 от 05.05.2022.

Одобрено научно-техническим советом ВГУ имени П.М. Машерова. Протокол № 8 от 05.09.2022.

Авторы: доцент кафедры психологии ВГУ имени П.М. Машерова, кандидат психологических наук, доцент **Т.Е. Косаревская**; аспирант кафедры психологии ВГУ имени П.М. Машерова **М.Г. Ткач**

Р е ц е н з е н т ы :

кафедра психологии и педагогики с курсом ФПК и ПК УО «ВГМУ»;
заведующий кафедрой социально-педагогической работы
ВГУ имени П.М. Машерова, кандидат педагогических наук,
доцент *Е.Л. Михайлова*

Косаревская, Т.Е.

К71 Социально-психологический реабилитационный потенциал лиц с ограниченными физическими возможностями : монография / Т.Е. Косаревская, М.Г. Ткач. – Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2022. – 131 с.

ISBN 978-985-517-934-5.

Изучение основных социально-психологических факторов, влияющих на уровень адаптации и реабилитационного потенциала лиц с ограниченными физическими возможностями, позволило определить значимость психологической готовности взрослого индивида противостоять трудностям с помощью личностных ресурсов в условиях как врожденных, так и приобретенных ограничений физических возможностей.

В монографии представлены результаты теоретических и эмпирических исследований социально-психологических факторов адаптации и самореализации лиц с ограниченными физическими возможностями, выполненных на кафедре психологии ВГУ имени П.М. Машерова. Научное издание предназначено для специалистов социально-гуманитарного профиля, а также преподавателей, аспирантов и студентов.

**УДК 364.4:61:364.694
ББК 60.993-35+88.53**

ISBN 978-985-517-934-5

© Косаревская Т.Е., Ткач М.Г., 2022
© ВГУ имени П.М. Машерова, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1 НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛИЧНОСТИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕ- СКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	9
1.1 Актуальность проблемы	9
1.2 Психологические особенности лиц с ограниченными физическими возможностями	12
1.3 Потенциал адаптации и самореабилитации лиц с ограниченными физическими возможностями (по результатам опроса респондентов)	22
1.4 Анализ понятий «реабилитация», «реабилитационный потенциал» и «самореабилитация личности»	34
1.5 Психологические компоненты реабилитационного потенциала	44
Выводы по главе 1	53
ГЛАВА 2 СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛИЦ С ОГРАНИЧЕН- НЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	55
2.1 Организация и методы исследования	55
2.2 Индивидуально-личностные характеристики лиц с ограниченными физическими возможностями разного генеза	59
2.3 Сравнение психологических характеристик лиц с ограниченными физическими возможностями с разными социально- демографическими статусами	85
2.4 Взаимосвязь индивидуально-личностных характеристик лиц с ограниченными физическими возможностями с уровнем адаптации	87
2.5 Методические рекомендации для развития социально- психологических компонентов реабилитационного потенциала	95
Выводы по главе 2	98
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	100
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	102
ПРИЛОЖЕНИЯ	110

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ОФВ – ограниченные физические возможности
ОПФР – особенности психофизического развития
ДЦП – детский церебральный паралич
ТП – травма позвоночника
РП – реабилитационный потенциал
ВКБ – внутренняя картина болезни
ЛП – личностный потенциал
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
МКБ – Международная классификация болезней

ВВЕДЕНИЕ

Основными тенденциями развития современного общества являются системное усложнение социума, увеличение требований к личности и повышение драматичности как межличностных, так и социальных отношений. Информационно-технологическая перенасыщенность окружающего нас мира требует особенно интенсивного развития у человека личностных структур, которые могли бы в наибольшей степени обеспечить эффективную адаптацию к социальному окружению [38].

В современном многополярном мире развитие личности рассматривается, прежде всего, как разноплановый процесс, который, с одной стороны, сопровождается условиями, обеспечивающими прогресс, с другой стороны, человек как субъект познания, общения и деятельности часто сталкивается с факторами риска, которые препятствуют позитивному личностному развитию. Значительное количество людей имеют заболевания различного генеза, которые, так или иначе, ограничивают их физическую, психологическую и социальную активность [6]. В связи с этим одной из проблем, затрагивающих существование и успешное функционирование современного человека и нуждающихся в более подробном рассмотрении со стороны как отечественных, так и зарубежных психологов, является изучение влияния негативных факторов на личность и путей их преодоления.

Развитие личности в ситуации инвалидизирующего заболевания представляет значительный научный и практический интерес, поскольку последнее выступает мощным стрессогенным фактором, приводящим к дезадаптации человека. Изучение личностных возможностей и ресурсов, которые позволяют преодолевать трудные жизненные ситуации, в том числе и ситуацию инвалидности, достаточно актуально как для самого человека, так и для общества. В контексте рассматриваемого вопроса значимыми являются моменты готовности и способности индивида противостоять различного рода угрозам с помощью его психологических, личностных ресурсов, с выявлением источников и детерминант, обеспечивающих их накопление, актуализацию и реализацию в момент возникновения сложных жизненных ситуаций [54].

В основе любых действий по отношению к людям с ограниченными физическими возможностями со стороны учреждений различного профиля, государственных органов, специалистов, частных лиц и общества в целом лежит базовое понимание феномена инвалидности. Отношение к людям с ограниченными физическими возможностями менялось на протяжении всего исторического периода в разных странах и культурах: наблюдался постепенный переход от идеи пренебрежительного отношения и неприязни к пониманию необходимости интеграции людей с ограниченными возможностями в общество [53]. В настоящее время инвалидность утратила

связь только с потерей трудоспособности и определяется специалистами как состояние социальной недостаточности, при которой возникает необходимость в социальной защите и психологической поддержке инвалидов в силу различных ограничений их жизнедеятельности. Необходима поддержка способностей к общению, обучению, ориентации в социальном пространстве, к трудовой деятельности, к контролю своего поведения, передвижения, самообслуживания. Многочисленные исследователи пришли к мнению, что инвалидность – это специфическое социально-психологическое явление со своим уровнем организации, индивидуальной степенью выраженности, специфическими проблемами и кризисными моментами. Нам представляется более корректным использование понятия «лица с ограниченными физическими возможностями» (лица с ОФВ).

Сложные жизненные ситуации, сопряженные с появлением различного рода заболеваний, травм и дефектов, становятся отправной точкой для возникновения специфической ситуации дальнейшего развития личности, поскольку радикально меняются условия, качество и образ жизни человека. При таких обстоятельствах именно определенные потенциальные возможности личности выступают существенным и необходимым условием, чтобы приспособиться к этому в физическом, социальном и психологическом плане. От того, насколько человек способен адаптироваться к новой жизненной ситуации, зависит не только слаженное функционирование организма как биологической системы, но и личности в целом [75; 76].

В психологии преодоления всегда колоссальное внимание уделялось личностному потенциалу. Как подчеркивает Л.И. Анцыферова, «важным источником знаний о личности была психотерапевтическая практика, позволившая некоторым психологам, например, К. Роджерсу, Х. Томэ, отметить факт того, что в атмосфере доверительного общения клиенты чаще всего способны сами решать жизненные проблемы, приведшие их к терапии. В этой атмосфере сознание пациентов расширялось, охватывая почти все феноменальное поле реального функционирования их личности» [2, с. 79].

При разработке вопросов, касающихся психологического потенциала личности и личностных ресурсов, можно отметить значительный вклад таких ученых, как Л.А. Александрова, Ю.А. Александровский, Л.И. Анцыферова, В.А. Бодров, Г.А. Виноградова, Л.А. Дикая, С.А. Калашникова, А.Н. Леонтьев, Д.А. Леонтьев, А.Г. Маклаков, В.И. Медведев, К. Муздыбаев, Т.П. Сашилова, О.В. Сляднева, О.В. Татаренко, Н.Е. Яблонский и др. [71].

По мнению Д.А. Леонтьева, личностный потенциал выступает как «интегральная системная характеристика индивидуально-психологических особенностей личности, лежащая в основе способности личности исходить из устойчивых внутренних критериев и ориентиров в своей жизнедеятельности и сохранять стабильность смысловых ориентаций и эффективность деятельности на фоне давлений и изменяющихся внешних условий» [37, с. 107].

Иначе говоря, личностный потенциал отображает степень преодоления личностью предложенных обстоятельств и меру прилагаемых ею усилий при работе над собой и обстоятельствами своей жизни. От того, насколько четкой и стабильной будет жизненная позиция человека с инвалидизирующим заболеванием, зависит не только сама возможность его включения в реабилитационный процесс, но и мера эффективности реабилитационных действий психологического, медицинского, социального, профессионального профиля.

Трактовка понятия «реабилитация» также претерпела существенные изменения. Ранее реабилитация понималась как система мер, направленных на предотвращение любых дефективных состояний, приводящих к потере трудоспособности. При этом личностный компонент не учитывался. На современном этапе *реабилитация* выступает в виде сочетания взаимосвязанных медицинских, психологических, педагогических и социально-экономических действий, помогающих нивелировать или компенсировать ограниченную функциональность индивида, с целью восстановления утраченного социального положения в обществе. Собственно личностные резервы индивида возмещать ограничения, связанные с заболеванием, и являются *реабилитационным потенциалом инвалида*. Вопросы, касающиеся проблемы инвалидности нуждаются в значительных изменениях, в теоретико-методологическом и практическом обосновании, в частности, в аспекте психологического компонента реабилитационного потенциала [60]. Считаем актуальным, особенно для взрослых лиц с ОФВ, использование понятия «самореабилитация» для обозначения тех усилий, стратегий эмоционального реагирования и поведения, которые человек реализует для преодоления жизненных трудностей, создаваемых ограниченными физическими возможностями.

Понятие «реабилитационный потенциал» рассматривается как своего рода производное от понятия «личностный потенциал», имеющее более узкую, конкретную область применения и охватывающее ту часть личностных ресурсов, которая непосредственно принимает участие в реабилитационном процессе и способствует адаптации и социализации в ситуации хронического заболевания.

Проблема реабилитации является комплексной, междисциплинарной, однако до сих пор не ясно, какие из параметров выступают важнейшими для долговременной успешной социальной адаптации, позитивного отношения к жизни, отсутствия патологических симптомов в виде депрессии, агрессивности и тревоги. В таком социальном явлении, как инвалидность, на современном этапе изучения данного феномена мы можем наблюдать процесс переориентации с сугубо медицинского на психологический, личностный аспект [65].

Изучение психологического компонента реабилитационного потенциала лиц с ограниченными физическими возможностями позволит определить

значимость психологической готовности взрослого индивида противостоять трудностям с помощью личностных ресурсов; усилить процесс осознания адаптационных возможностей личности при выборе жизненной позиции активного субъекта жизнедеятельности как в условиях врожденных, так и приобретенных ограничений физических возможностей.

В монографии представлены результаты исследования, целью которого являлось определение основных социально-психологических факторов, влияющих на уровень реабилитационного потенциала лиц с ограниченными физическими возможностями.

Исследование выполнялось в соответствии с темой научно-исследовательской работы кафедры психологии Витебского государственного университета имени П.М. Машерова «Психолого-педагогические ресурсы оптимизации взаимодействия субъектов образовательной среды» (приказ № 11-н от 14.02.2017). Тема исследования соответствует приоритетным направлениям научных исследований Республики Беларусь на 2016–2020 гг. (постановление Совета Министров Республики Беларусь № 190 от 12 марта 2015 г., п. 11 «Общество и экономика», п. 13 «Безопасность человека, общества, государства»).

Для достижения поставленной цели необходимо было решить ряд задач:

1. Провести теоретический анализ основных понятий, описывающих процесс реабилитации и самореабилитации лиц с ограниченными физическими возможностями.
2. Определить структуру реабилитационного потенциала и его уровни.
3. Выявить психологические особенности лиц с ограниченными физическими возможностями.
4. Установить значимые социально-психологические и личностные детерминанты реабилитационного потенциала.
5. Разработать методические рекомендации для адаптации и самореабилитации с учетом прогностических детерминант для лиц с ограниченными возможностями.

В результате работы были получены данные об индивидуально-личностных и социально-психологических детерминантах реабилитационного потенциала лиц с ограниченными возможностями разного генеза. Конкретизирован психологический компонент понятия «реабилитационный потенциал». Выявлены психологические особенности лиц с детским церебральным параличом (врожденный характер физических ограничений) и лиц с травмой позвоночника (приобретенный характер физических ограничений). Установлены взаимосвязи между индивидуально-личностными характеристиками и уровнем реабилитационного потенциала, а также уровнем социально-психологической адаптации лиц с ограниченными физическими возможностями. Выявлены прогностические психологические детерминанты успешной адаптации лиц с ограниченными физическими возможностями.

Авторы выражают благодарность С.Л. Богомазу и А.Н. Дорожкевцу за поддержку и помощь в организации исследования и подготовке текста монографии.

ГЛАВА 1

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛИЧНОСТИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

1.1 Актуальность проблемы

В структуре инвалидности болезни опорно-двигательного аппарата занимают значительное место, и естественно, что внимание специалистов различного профиля направлено на принятие необходимых мер медицинской и психолого-педагогической реабилитации, на оказание помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов. В России ежегодно рождается свыше 4,5 тыс. детей с двигательными нарушениями, частота заболевания высока и колеблется в достаточно широких пределах в зависимости главным образом от возрастных групп, в которых ведется подсчет (в среднем от 0,9 до 2,2 случая на 1000 детского населения). Следует указать, что наиболее распространенным заболеванием, вызывающим нарушение функций опорно-двигательного аппарата, является детский церебральный паралич (ДЦП).

По данным, содержащимся в аналитическом отчете 2017 года «Обзор о положении детей-инвалидов и молодых инвалидов в Беларуси», 29931 ребенок-инвалид в возрасте до 18 лет состоит на учете в органах по труду, занятости и социальной защите. Удельный вес детей-инвалидов составляет 1,6% от всех детей. Ежегодно статус инвалида получают более 3,5 тыс. детей. Основными болезнями, приводящими к инвалидности детей, являются врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (25%), болезни нервной системы (18%), психические расстройства и расстройства поведения (15%), болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ (11%), новообразования (10%).

В Республике Беларусь, по данным Республиканского научно-практического центра медицинской экспертизы и реабилитации, численность лиц в возрасте 18 лет и старше с нарушениями опорно-двигательного аппарата, признанных инвалидами, при переосвидетельствовании в 2021 году составила: вследствие ДЦП – 60 человек, вследствие травмы позвоночника – 173 человека. Информации об общей численности взрослых инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата в Республике Беларусь нам найти не удалось.

Обращает на себя внимание возрастающий удельный вес получивших инвалидность вследствие внешних факторов (травм) в возрастной когорте

20–24 года, то есть среди инвалидов, начинающих трудовую деятельность. У молодых людей (18–29 лет) вероятность получить инвалидность вследствие внешних факторов (травм) в 1,5 раза выше по сравнению с детьми.

Важную роль в осуществлении государственной политики в отношении инвалидов играют Закон «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» и ряд государственных программ, в том числе Государственная программа «Социальная защита», Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь», Государственная программа «Образование и молодежная политика» на 2021–2025 гг.

Законом «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» определено, что каждый инвалид, который не в состоянии удовлетворить свои жизненные потребности собственными силами, имеет право на гарантированную помощь со стороны государства. Закреплено право инвалида на получение образования, на труд, создание безбарьерной среды жизнедеятельности, социальную поддержку. В системе Министерства труда и социальной защиты функционирует государственное учреждение «Республиканский реабилитационный центр для детей-инвалидов», который является учреждением социального обслуживания, предназначенным для проведения социальной, медицинской реабилитации и адаптации детей-инвалидов в возрасте от 3 до 18 лет с заболеваниями нервной и костно-мышечной систем, следствием которых выступают нарушения опорно-двигательного аппарата.

В Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021–2025 гг. указывается, что ситуация в стране характеризуется высокой потребностью в медицинской реабилитации детей при наиболее распространенных и приводящих к инвалидности заболеваниях нервной системы, опорно-двигательного аппарата, онкологических заболеваниях.

В 2016–2020 годах развитие системы социальной защиты осуществлялось посредством реализации подпрограмм «Предупреждение инвалидности и реабилитация инвалидов», «Безбарьерная среда жизнедеятельности инвалидов и физически ослабленных лиц», «Социальная интеграция инвалидов и пожилых граждан». Создание доступной среды жизнедеятельности инвалидов и физически ослабленных лиц – одно из основных направлений актуальной социальной политики.

В Государственной программе «Образование и молодежная политика» на 2021–2025 гг. отмечается, что в республике реализуется социально ориентированная государственная политика в сфере образования лиц с особенностями психофизического развития (ОПФР), в том числе инвалидов. Возможность получения специального образования обеспечивается всем детям, независимо от вида и степени выраженности имеющихся нарушений. Наблюдается тенденция к ежегодному увеличению количества детей с ОПФР. В 2020 г. нуждались в получении специального

образования, коррекционно-педагогической помощи 170,5 тыс. человек, в том числе 14,2 тыс. лиц с инвалидностью. Отмечена необходимость дополнительной поддержки эффективной социализации молодых людей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

При этом исследователями отмечается, что за 10-летний период наблюдений удельный вес инвалидов трудоспособного возраста (18–54/59 лет) составил 42,2% от общего количества инвалидов [33]. Выборочный опрос, проведенный Научно-исследовательским институтом труда Министерства труда и социальной защиты, продемонстрировал, что из общего числа инвалидов в возрасте 18 лет и старше, проживающих в домохозяйствах, работали только 17,2%. Среди работающих инвалидов 54,7% составили мужчины, 45,3% – женщины. Среди молодых инвалидов 18–29 лет работали 39,6%. Обучались в различных учреждениях образования 60,9% неработающих инвалидов в возрасте от 18 до 20 лет (цит. по «Обзор о положении детей-инвалидов и молодых инвалидов в Беларуси»).

Занятость инвалидов напрямую зависит от группы инвалидности и уровня достигнутого образования. Уровень образования людей с инвалидностью значительно ниже, чем в целом по стране: инвалиды III группы, как правило, имеют лишь профессионально-техническое и среднее специальное образование, а удельный вес инвалидов без образования или с начальным образованием в три раза выше, а инвалидов I группы – в пять раз выше, чем в среднем по населению Беларуси.

Среди неработающих инвалидов значительно выше удельный вес тех, кто имеет образование ниже среднего, – 36,4%. В то же время среди работающих инвалидов удельный вес тех, кто получил профессионально-техническое (12,1%), среднее специальное (34,1%) или высшее образование (19,6%), значительно выше и составляет 65,8% (по исследованию положения инвалидов в Республике Беларусь: отчет учреждения «Научно-исследовательский институт труда Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь»). В последнее время с развитием новых технологий становятся все более популярными среди людей с инвалидностью дистанционная работа и самозанятость.

В 2017 г. ВОЗ учредила инициативу «Реабилитация – 2030: призыв к действиям» в целях привлечения внимания к острой неудовлетворенной потребности в реабилитационных услугах во всем мире и к важности укрепления систем здравоохранения в части предоставления реабилитационных услуг. Эта инициатива акцентирует внимание на том, что реабилитационные услуги должны быть доступны для всего населения на протяжении всей жизни (это относится и к людям с нарушениями опорно-двигательного аппарата); усилия должны быть направлены на то, чтобы интегрировать услуги по реабилитации во все уровни медико-санитарной помощи, поскольку реабилитация является одной из важнейших услуг здравоохранения.

Данная инициатива была учреждена в значительной степени из-за того, что многие страны не имеют должного потенциала для удовлетворения существующих потребностей в реабилитационных услугах. Сфера реабилитации по-прежнему не обеспечена необходимыми ресурсами. В результате множество людей во многих странах не имеют доступа к реабилитационным услугам, что приводит к ухудшению состояния их здоровья, дальнейшим осложнениям и последствиям.

1.2 Психологические особенности лиц с ограниченными физическими возможностями

За последние десятилетия в науке сформировалось и упрочилось понимание инвалидизирующего заболевания как сложной многоуровневой системы, включающей взаимосвязи медико-биологической составляющей с личностным статусом индивида [45]. Любое нарушение здоровья независимо от биологической природы ставит человека в психологически особые жизненные обстоятельства или, иначе говоря, создает особую объективную ситуацию развития человека. С психологической точки зрения наиболее важные признаки этой ситуации следующие:

- наличие определенной биологической вредности, влияющей на условия функционирования организма;
- отрыв от привычных условий жизни с ограничением или полным исключением трудовой деятельности, сужением и ограничением привычного круга общения;
- возможные негативные социально-психологические последствия инвалидизирующего заболевания: снижение трудоспособности, изменение семейного статуса, общее изменение психологического статуса индивида;
- возможные специфические изменения личности, которые проявляются в виде изменений эмоциональной и мотивационной сфер, нарушений отношения к себе и окружающему, нарушений активности [67].

Существенным, по мнению Р.М. Войтенко, является представление о том, что человек, имеющий болезнь или дефект, не просто «болеет» – он на протяжении ряда лет живет в «ситуации болезни» [11]. Многие ученые и исследователи справедливо отмечают, что часто не столько важно знать, какая болезнь у больного, сколько хорошо понимать, у какого человека развивается болезнь. Это позволяет уточнить особенности течения болезни, дальнейший прогноз и оказать эффективную помощь конкретному человеку.

В контексте обозначенного понимания развития личности в ситуации инвалидизирующего заболевания независимо от характера заболевания важной является проблема психологической реабилитации человека, ведь во многом от ее успешности зависит, сможет ли он преодолеть сложности социальной

адаптации. Без изучения личностного профиля реабилитанта невозможно разработать эффективные способы реабилитационного воздействия [3].

В нашем исследовании приняли участие лица с ограниченными физическими возможностями вследствие травмы позвоночника и лица с последствиями детского церебрального паралича. В связи с этим рассмотрим краткую характеристику данных нарушений и психологические особенности именно этих категорий лиц.

Категория лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата разнообразна по составу. Существует множество факторов, отличающих степень выраженности нарушений опорно-двигательного аппарата у человека с инвалидностью. Отмечаются следующие виды причин возникновения данной патологии:

I. Заболевания нервной системы: детский церебральный паралич (ДЦП); полиомиелит и пр.

II. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата: врожденный вывих бедра; кривошея; косолапость и другие деформации стоп; аномалии развития позвоночника (сколиоз); недоразвитие и дефекты конечностей (верхних и/или нижних); аномалии развития пальцев кисти; артрогрипоз (врожденное уродство).

III. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей; полиартрит; заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит); системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у большинства больных наблюдаются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Большинство детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата страдают церебральным параличом (89%). Двигательные расстройства у них сочетаются с отклонениями в развитии сенсорных функций, познавательной деятельности, что связано с органическим поражением нервной системы. Очень часто отмечаются речевые нарушения, которые имеют органическую природу и усугубляются дефицитом общения. Потому эти люди помимо лечебной и социальной помощи нуждаются также в психолого-педагогической и логопедической коррекции. Остальные, как правило, не имеют отклонений в развитии познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания. Но все люди с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности.

Детский церебральный паралич (ДЦП)

Детский церебральный паралич (ДЦП) – группа стабильных нарушений развития моторики и поддержания позы, ведущих к двигательным дефектам, обусловленным не прогрессирующим повреждением и/или аномалией развивающегося головного мозга у плода или новорожденного ребенка. Иными словами, эта группа хронических состояний, при которых поражается двигательная и мышечная активность с нарушением координации движений (шифр по МКБ 10: G80).

ДЦП формируется в результате поражения одного или более отделов мозга либо в процессе внутриутробного развития, либо во время (или сразу после) родов. Обычно это происходит во время осложненной беременности, которая является предвестницей преждевременных родов. В грудном/младенческом возрасте речь идет о приобретенном ДЦП, который обычно развивается до двухлетнего возраста (причиной могут быть черепно-мозговые травмы в результате несчастных случаев или инфекции мозга).

Слово «*церебральный*» означает «мозговой» (от лат. *cerebrum* – мозг), а слово «*паралич*» (от греч. *paralysis* – расслабление) определяет недостаточную (низкую) физическую активность. Сам по себе церебральный паралич не прогрессирует, т.к. не дает рецидивов. Тем не менее в процессе лечения может наступить улучшение, ухудшение состояния пациента либо оно остается без изменений.

Классификация и стадии развития детского церебрального паралича

В настоящее время наиболее часто употребляется Международная классификация форм ДЦП. Она включает три основные группы:

1. Спастические формы: мышцы неэластичные (спастические) и слабые. Ригидность иногда затрагивает различные части тела (70–80% пациентов).
2. Дискинетические формы: расстройство произвольного контроля мышц, нарушающее поддержание правильной позы тела. Для дистонии характерны вязкопластический мышечный тонус и дистонические позы (например, в положении лежа ребенок расслаблен и спокоен, стоит ему начать совершать произвольное движение, например, дотянуться до предмета – тонус сразу начинает меняться, руки «не слушаются», ребенок долгое время тянется к предмету и промахивается), замедленные повторяющиеся движения, то быстрые, то медленные. Мышечные сокращения могут быть болезненными (10–20% пациентов).
3. Атаксическая форма: плохая координация, слабость мышц, проблемы с контролем и координацией движений, особенно при ходьбе (5–10% пациентов).

Также выделяют смешанные формы ДЦП, при которых наблюдаются одновременно умеренное повышение мышечного тонуса и изменение его на слабый тонус при смене положения тела, иногда в сочетании с движениями,

которые ребенок не может контролировать (размахивание рук, червеобразные движения пальцев, открывание рта) [1].

С целью прогнозирования исхода ДЦП на всю последующую жизнь применяют систему классификаций больших моторных функций (GMFCS – Gross Motor Function Classification System). Это описательная система, учитывающая степень развития моторики и ограничения движений в повседневной жизни для 5 возрастных групп пациентов с ДЦП: до 2 лет; от 2 до 4 лет; от 4 до 6 лет; от 6 до 12 лет; от 12 до 18 лет.

Определяют пять уровней в классификации:

- 1-й уровень – ходьба без ограничений;
- 2-й уровень – ходьба с некоторыми ограничениями;
- 3-й уровень – ходьба, возможная при использовании приспособлений для передвижения (ручных);
- 4-й уровень – самостоятельное передвижение ограничено, для передвижения могут быть использованы вспомогательные средства (ходунки, трости);
- 5-й уровень – передвижение возможно только в инвалидном кресле [45].

Многие люди с последствиями ДЦП успешно интегрируются в жизнь общества. При этом с самого раннего возраста им необходимо создавать условия для максимальной реализации своих потенциальных возможностей.

Травма позвоночника

Травма позвоночника, или позвоночно-спинномозговая травма, – это травматическое повреждение структур, образующих позвоночный столб (костей, связок, спинного мозга). Является травмой, которая сопровождается нарушением функций и анатомической целостности позвоночника, спинного мозга, корешков нервов спинного мозга, магистральных сосудов. Повреждения могут быть следствием как прямых травматических воздействий на позвоночник, так и его опосредованной травмы, связанной с падением с высоты, дорожно-транспортными происшествиями, насильственным сгибанием при завалах и т.п. Травма позвоночника – распространенное повреждение, составляющее 2–12% от общего количества травм опорно-двигательного аппарата (шифр МКБ 10 – S12, S22.0, S22.1, S32).

Классификация травм позвоночника

В зависимости от наличия или отсутствия ранения, травмы позвоночника делят на закрытые и открытые. С учетом уровня повреждения выделяют травмы поясничного, грудного и шейного отдела. С учетом характера повреждения различают:

- ушибы позвоночника;
- дисторсии (разрывы или надрывы суставных сумок и связок без смещения позвонков);

- переломы тел позвонков;
- переломы дуг позвонков;
- переломы поперечных отростков;
- переломы остистых отростков;
- переломовывихи позвонков;
- вывихи и подвывихи позвонков;
- травматический спондилолистез (смещение вышележащего позвонка по отношению к нижележащему в результате повреждения связок).

Кроме того, в клинической практике выделяют стабильные и нестабильные травмы позвоночника. Стабильные повреждения – такие, которые не представляют угрозы в плане дальнейшего усугубления травматической деформации, при нестабильных повреждениях деформация может усугубляться. Нестабильные травмы позвоночника возникают при одновременном нарушении целостности задних и передних структур позвонков.

Важнейшее клиническое значение имеет принятое в травматологии и ортопедии разделение травм позвоночника на две большие группы: неосложненные (без повреждения спинного мозга) и осложненные (с повреждением спинного мозга). Выделяют три типа повреждений спинного мозга:

- обратимое (сотрясение);
- необратимое (контузия, ушиб);
- сдавление спинного мозга (компрессионная миелопатия) – возникает из-за отека, гематомы, давления поврежденных мягких тканей или фрагментов позвонков; нередко образуется под влиянием сразу нескольких факторов.

Клиническая картина травмы спинного мозга зависит от уровня, периода, степени повреждения и тяжести состояния больного. Видимым следствием является нарушение статодинамических функций человека.

Проведенные исследования лиц с нарушениями статодинамических функций показали, что у многих из них наблюдаются специфические изменения личности по типу инфантилизации, формирования иждивенческих установок, а также депрессивные реакции, что затрудняет жизнедеятельность человека и снижает эффективность реабилитации [8].

Инвалидизирующее заболевание, травма или дефект независимо от того, какова их природа, какой орган или функциональная система оказываются пораженными, ставят человека в психологически особые жизненные условия или, иначе говоря, создают особую объективную социально-психологическую ситуацию. Если такое происходит со взрослым человеком, то к этому времени он уже имеет ранее сформированные особенности психической организации: определенный уровень познавательных возможностей, мотивационную структуру личности, сложившийся уровень оценки своих возможностей и ожиданий. Возникающая социальная ситуация, связанная с наступлением инвалидности, резко снижает способности удовлетворения насущных потребностей, возможности социальной, профессиональной и личностной самореализации индивида.

В результате возникает состояние фрустрации, т.е. реактивное состояние в ответ на невозможность удовлетворить основные потребности. Со всей очевидностью перед человеком встает сложная задача — как жить дальше в условиях болезни или дефекта [5–7; 73].

В структуре психологического статуса индивида в ситуации инвалидирующего заболевания можно выделить три компонента:

- эмоционально-волевой;
- интеллектуальный;
- мотивационный.

Акцент, прежде всего, специалисты делают на мотивационном компоненте, так как отсутствие мотивации или ее выраженная недостаточность свидетельствует о фактической невозможности реализации психологического потенциала инвалида [66].

Интеллектуальный аспект обозначается как определенный уровень понимания, осознания целей и задач самого человека в ситуации болезни, причем адекватность этого понимания и осознания не имеет жесткой зависимости от интеллектуальных способностей индивида.

Эмоционально-волевой компонент отражает энергетические возможности, эмоциональный фон и волевые качества индивида [63].

У людей с ДЦП наряду с нарушением двигательных функций наблюдаются отклонения в эмоционально-волевой сфере, поведении, интеллекте. Самые ранние воспоминания о своем физическом развитии связаны с болью, ощущением давления взрослых, когда их заставляли заниматься, а порой и с нелюбимыми высказываниями об их физическом облике и возможностях. Они с раннего детства привыкают к физическому вмешательству во все сферы своей жизни. Люди с ДЦП, несмотря на внешнее приспособление и привычку жить в соответствии с возможностями своего тела, в беседах с психологом часто говорят о том, что «ненавидят свое тело, ненавидят себя». При этом уровень нарушения двигательных функций может быть не обязательно тяжелым [30].

Эмоционально-волевые нарушения проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности, беспокойстве (или вялости), суетливости (или пассивности), излишней расторможенности (или безынициативности), немотивированных колебаниях настроения, снижении эмоционального тонуса и побуждений к деятельности, нарушениях эмоционального контакта с окружающими. Эти и другие характеристики говорят о наличии инфантильной психики у лиц с ДЦП, так как под инфантилизмом понимается сохранение в психике и поведении взрослого человека свойств, черт, качеств и особенностей, присущих детскому возрасту. Это выражается в несамостоятельности решений и действий, чувстве незащищенности, в пониженной критичности по отношению к себе, повышенной требовательности к заботе других о себе, в разнообразных компенсаторных реакциях (фантазирование, замещающее реальные поступки, эгоцентризм) [12; 14; 15].

Проблемы, связанные с особенностями эмоционально-волевой сферы лиц с ДЦП, усугубляются также «искусственной инфантилизацией» (Г.Е. Сухарева), которая формируется в результате неправильного, «оранжерейного» воспитания таких детей в семье. К факторам, затрудняющим формирование эмоционально-волевой сферы у лиц с ДЦП, относятся отклонения в домашнем воспитании по типу «кумир семьи» и «гиперопека». В таком случае ребенок не имеет возможности пройти все циклы социализации, взросление его задерживается [72].

Лица с ДЦП обычно затрудняются в определении своих целей. Вопрос о том, что им нравится, часто ставит их в тупик. Пациенты признаются в своей разбросанности и неумении спланировать деятельность. Они склонны объяснять это тем, что сложно планировать, когда не знаешь, как поведет себя тело в следующий момент. К тому же у них просто нет достаточно сформированного навыка целеполагания, ведь с раннего детства их жизнь, режим занятий планируют взрослые, от которых дети с ДЦП зависят в гораздо большей степени, чем обычные дети [30; 85; 89].

Вследствие заниженной личностной самооценки и выраженного инфантилизма у данных лиц существуют трудности в получении образования и участия в трудовой деятельности (даже у имеющих желание и возможности для этого). Люди с ДЦП часто испытывают неуверенность в своих силах, проявляют пассивность, не имеют стремления как-то менять свою жизнь либо считают себя неспособными на это. К сожалению, среди молодых людей с последствиями детского паралича редко встречаются лица с активной и конструктивной жизненной позицией [72; 82].

В ситуации приобретенной инвалидности переживание болезни, накладывая особый отпечаток на всю личность в целом, также приводит к серьезной переоценке жизненных установок, социальных ценностей и становится источником для формирования дезадаптивного поведения. Дезадаптация поведения определяется физическими критериями (вынужденной изоляцией), физиологическими показателями (различными соматическими нарушениями, связанными с имеющимися повреждениями и травмами), социальными установками в виде определенных предубеждений («Я не такой, как все») и психологическими характеристиками (депрессией, апатией, агрессией, обидой, разочарованием и виной) [42; 45].

К факторам, влияющим на отношение к болезни, на формирование внутренней картины болезни (ВКБ), можно отнести и объективные условия жизни человека: социальное и семейное положение, условия его жизни, диапазон вызванных болезнью функциональных ограничений, отношение родственников и социального окружения, появление новых проблем в семье, в профессиональной деятельности и т.д.

В зависимости от отношения к болезни формируется поведенческий стиль, который имеет следующие разновидности:

- компенсаторное поведение (борьба, адаптация);

- капитуляция перед болезнью;
- игнорирующее поведение – стремление не признавать дефект.

Таким образом, в одних случаях отношение к болезни направляет поведение на преодоление болезни и ее последствий на функциональном уровне, а в других, наоборот, является фактором, который усугубляет течение болезни. ВКБ перестает выполнять адаптационную функцию и становится источником стресса. Она способствует развитию тревоги и вытесняет все ценности человека, сама становясь сверхценностью [12; 46].

Болезнь и следующая за ней инвалидизация воспринимаются как препятствия на пути достижения более «важных» жизненных целей, чем забота о своем здоровье, которая в это время является не ведущим мотивом, а только средством для осуществления привычной деятельности – работы, учебы, семейной жизни. В последующем меняется вся система отношений человека: значимыми становятся те события, которые соответствуют этому мотиву, а все остальные обесцениваются. Меняются и критерии оценки других людей, в том числе медперсонала, и всей жизненной ситуации. Индивиды становятся менее отзывчивыми на события внешнего мира, доминирует философия фатальности судьбы. В поведении проявляются постоянный критицизм, цинизм и чувственная холодность по отношению к окружающим [63; 66].

В структуре личности прослеживается фобический компонент. Страхи могут быть вполне обоснованными, однако в значительной мере они преувеличенные и внушенные, имеют парадоксальное содержание: одновременно отражают актуальное и возможное состояния. Так, человек с ограниченными возможностями может страдать от дефицита общения, испытывать страх одиночества и одновременно бояться предстоящих встреч с другими людьми. Нередко возникает страх выздоровления в связи с возможной, по их мнению, утратой любви и повышенного внимания со стороны значимого окружения, а также из-за необходимости возвращения к обычной жизни, к которой они чувствуют себя не готовыми. Ощущение острого дефицита знаний, умений, навыков, необходимых для жизни в обществе, осознание ограниченности своих физических возможностей и юридических прав в связи со статусом инвалида нередко приводят к фиксации на мыслях о бессмысленности существования [57; 72].

П.А. Галушкин выделяет четыре фактора, влияющих на формирование чувства самоэффективности у лиц с ограниченными возможностями:

- достигнутые результаты (успех в прошлом дает высокие ожидания результативности текущих действий, тогда как прошлые неудачи снижают эти ожидания);
- косвенные переживания (впечатления от успеха или неудачи других);

– словесное убеждение (самоэффективность повышается, когда авторитетное лицо – родитель или педагог – убедительно говорят о том, что инвалид в состоянии справиться с ситуацией);

– эмоциональная активация (чувство тревоги и напряжения снижает ощущение самоэффективности) [13, с. 68–74].

Индивиды с низкой самоэффективностью в большей мере склонны к преувеличению трудностей и чаще демонстрируют неумение их преодолевать. Ощущение низкой самоэффективности также способно провоцировать развитие депрессии или ее усиление.

С состоянием выученной беспомощности и чувством самоэффективности связаны и такие личностные черты, как локус контроля и воспринимаемая управляемость. Локус контроля – это представление индивида о том, где осуществляется контроль над значимыми событиями в его жизни: внутри него самого или во внешней среде. В условиях гиперопеки как основного стиля взаимодействия с человеком с инвалидностью последний связывает успешность своих действий только с действиями других людей, поэтому он реже будет стремиться самостоятельно преодолевать трудности, а значит, у него не будет достаточного опыта для развития чувства самоэффективности.

По мнению П.А. Галушкина, выученная беспомощность, самоэффективность и локус контроля вместе составляют такую интегральную личностную характеристику, как *воспринимаемая управляемость*. Воспринимаемая управляемость – это общее представление человека о своей способности управлять процессом собственной жизни. Психологически комфортное состояние человека (т.е. отсутствие у него утомления, тревоги, депрессии, а также субъективное чувство физического благополучия) зависит от того, насколько предъявляемые к нему требования сочетаются с простором для принятия решений или возможностью быть самостоятельным [13].

Вынужденная социальная изоляция человека с ограниченными возможностями здоровья от общества становится источником формирования так называемого социального аутизма, который проявляется в виде стереотипного стиля жизнедеятельности и соответствующих психологических нарушений и личностных изменений. В то же время инвалидность и ее переживание сами по себе препятствуют установлению нормальных взаимоотношений с окружающими, сказываются на работоспособности, общем мировосприятии и тем самым углубляют социальную изоляцию человека. Возникает своеобразный порочный круг – социальный и психологический факторы усугубляются негативным влиянием друг на друга [48].

В связи с этим важным фактором, определяющим специфику отношения к собственной инвалидности, является социальная поддержка. Она включает в себя создание для людей с ограниченными возможностями широкой, стабильной сети социальных контактов, которая характеризуется совместным проживанием и проведением досуга с другими детьми и взрослыми, наличием друзей, членством в клубах и общественных объединениях. В зависимости от целей социальная поддержка может быть разноуровневой

и включать как сообщество только людей с ограниченными возможностями, так и смешанные сообщества людей с ограничениями и без них. Эмоциональная поддержка, как правило, более эффективна в гомогенных группах людей, имеющих сходный дефект, тогда как повышение уровня социальной адаптации более эффективно в гетерогенных группах [60].

Неблагоприятный социальный статус инвалидности провоцирует у человека с ограниченными возможностями неуверенность в собственных силах, следствием этого является поиск опеки и защищенности от трудностей жизни, что приводит к психологической (личностной) самоинвалидации, оправдываемой инвалидностью физической. Основными проявлениями такой психологической инвалидности считают: инвалидную идентичность, отказ от личностного развития, выбор иждивенческой жизненной позиции, дезадаптивное поведение, в том числе самоизоляцию [42]. В конечном счете выбор зависимости вместо активности помогает лицу с ограниченными возможностями снять сомнения и волнения по поводу неопределенности будущего, преодолеть страх перед жизнью в целом.

Отметим, что если на ранних этапах становления личности поведение инвалидизированного человека детерминируется преимущественно системой отношений к нему и факту его инвалидности окружающих людей, то на более поздних этапах решающую роль начинает играть собственная позиция личности по отношению к своему недугу, инвалидности, к самому себе, к обществу.

Личность человека с инвалидностью имеет значительные внутренние ресурсы, позволяющие ей выстраивать конструктивные социальные взаимоотношения даже в условиях конфликта с барьерной средой. Выступая в качестве активного субъекта деятельности, человек, несмотря на инвалидность, продолжает оставаться им. Это находит выражение, прежде всего, в том, что в новой жизненной ситуации человек формирует свое собственное отношение к новым обстоятельствам жизни и к самому себе в этих обстоятельствах. Болезнь и последующая инвалидность – лишь биологическая предпосылка изменения личности.

К.А. Абульханова-Славская определяет понятие активной жизненной позиции как результат личностных достижений и взаимосвязей индивида в жизни. Это главный потенциал совершенствования и развития личности.

Таким образом, нам представляется важным знать и учитывать влияние психологического компонента реабилитационного потенциала в момент, когда личность в условиях инвалидности осознанно вырабатывает собственную жизненную позицию, являясь подлинным субъектом своей жизнедеятельности. В таком случае личность оказывается способной противостоять жизненным трудностям и проявлять жизнестойкость, основанную на свободе и ответственности. Такой сознательный выбор социально активной жизненной позиции в существующих инвалидизирующих условиях важен и для преодоления дискриминации людей с ограниченными возможностями, и для обеспечения им широкой поддержки со стороны окружающих.

1.3 Потенциал адаптации и самореабилитации лиц с ограниченными физическими возможностями (по результатам опроса респондентов)

В опросе приняло участие 22 человека из выборки эмпирического исследования (12 человек с ДЦП и 10 человек с травмой позвоночника). Были заданы следующие вопросы:

1. Как ты относишься к своей болезни, физическому состоянию, к жизни с инвалидностью в целом?
2. Как ты справляешься с повседневными ситуациями с учетом инвалидности?
3. Каким ты видишь свое будущее?
4. Если бы была возможность изменить что-то в прошлом, что бы это было?
5. Ты любишь отдыхать, веселиться? Отдых для тебя – это...
6. Что для тебя адаптация?
7. Ты считаешь себя адаптированным человеком с точки зрения инвалидности?
8. Ты склонен/склонна к самоанализу, анализу своих поступков, эмоций, чувств?
9. Ты оптимист или пессимист?
10. Сталкиваясь с трудными ситуациями, как ты их решаешь?
11. Ты доволен/довольна своей жизнью? Считаешь ли ты ее осмысленной?
12. Важно ли для тебя получение высшего образования?
13. Критерии успеха – это...

Результаты опроса респондентов с ДЦП с высоким уровнем адаптации

1. Как ты относишься к своей болезни, физическому состоянию, к жизни с инвалидностью в целом?

Мое заболевание врожденное, я с ним выросла, поэтому и отношусь к нему как к неотъемлемой части своей жизни. Жизнь с инвалидностью не лишена возможностей, просто для их достижения нужно приложить гораздо больше усилий (*Марина, 31 год*).

ДЦП – врожденное заболевание. Ты просто с ним живешь, взрослеешь, привыкаешь ко всем нюансам. Я бы сказал все проходит без каких-либо неожиданностей. Физическое состояние оцениваю как нормальное, я приложил и продолжаю прикладывать много усилий, чтобы оно было таким. Я ничем не хуже остальных, просто хожу немного не так, как все привыкли. Жизнь с инвалидностью... Да нормальная она, как у всех, есть проблемы, на решение которых нужно чуть больше времени и сил, но есть и радостные моменты (*Олег, 32 года*).

Я всегда относилась и отношусь сейчас к своей болезни спокойно. Нужно жить как есть, но при этом немного вникнуть в суть заболевания, чтобы знать и понимать все подводные камни. Моя жизнь такая же, как у всех, у меня есть муж, двое детей, работа. Поэтому жизнь с инвалидностью для меня существует скорее только по документам (*Анна, 35 лет*).

Как и любое заболевание, ДЦП требует к себе внимания. И я отношусь внимательно к своему состоянию здоровья, с одной лишь разницей – делаю я это всю свою жизнь. Мое физическое состояние меня не раздражает и не угнетает, было гораздо хуже, а сейчас я могу немного передвигаться, и это здорово. За внешность не переживаю, может найдется кто-то смелый и полюбит меня такой, но это не цель моей жизни. Как будет, так будет. Жизнь с инвалидностью – она интересная, достаточно насыщенная (конечно, если ты готов к активности), веселая. Не лишена, конечно, трудностей, но они все преодолимы (*Анна, 34 года*).

С должным вниманием, я много времени и сил трачу на поддерживающие реабилитационные процедуры (массаж, ЛФК). Консультируюсь у профильных специалистов. Я думаю, что нужно всегда быть начеку (*Анна, 28 лет*).

2. Как ты справляешься с повседневными ситуациями с учетом инвалидности?

Нормально справляюсь, я бы сказала отлично. Я живу отдельно от родителей, поэтому мне пришлось начать все делать самой, а где-то научиться справляться с жизненными ситуациями (*Марина, 31 год*).

Стараюсь решать все сам, на крайний случай у меня есть родные и друзья, которые готовы помочь (*Олег, 32 года*).

Мне всегда помогает справляться мама, а теперь еще и муж (*Анна, 35 лет*).

В повседневной жизни мне во многом помогает мама, так как живу я с родителями (*Анна, 34 года*).

В повседневной жизни я практически все решаю сама. Можно сказать, что многие домашние обязанности лежат на мне, хотя я живу с родителями (*Анна, 28 лет*).

3. Каким ты видишь свое будущее?

Сложно ответить. Хотелось бы сохранить подвижность, работать, быть полезной и помогать людям. Быть самостоятельной в финансовом плане, хочется успеть осуществить мечты (*Марина, 31 год*).

Будущее будет отличным. Я и дальше буду работать, может быть даже где-то в другом, более престижном месте. У меня будет семья, как минимум двое детей, а еще собака (*Олег, 32 года*).

Вопреки всему, позитивным и счастливым. Будущее для меня – это моя семья: муж и дети (*Анна, 35 лет*).

Думаю, будущее будет такое же, как настоящее, только с еще большим количеством планов, социальных проектов и общественной активностью. Я же все это люблю (*Анна, 34 года*).

Счастливым и успешным. Главное не унывать и не опускать рук (*Анна, 28 лет*).

4. Если бы была возможность изменить что-то в прошлом, что бы это было?

Хотела бы, чтобы было меньше боли и больниц (*Марина, 31 год*).

Я бы, наверное, был умнее, чтобы лучше понимать нюансы будущей жизни с ДЦП и, как результат, больше бы старался достичь в плане реабилитации (*Олег, 32 года*).

Хотелось бы, чтобы было меньше больниц, слез (*Анна, 35 лет*).

Я бы ничего не стала менять, ведь тогда не было бы меня именно такой (*Анна, 34 года*).

Я бы не хотела так много и так долго находиться в больницах, плакать от боли, терпеть болезненные процедуры. Но я понимаю сейчас, что без этого не было бы такого результата (*Анна, 28 лет*).

5. Ты любишь отдыхать, веселиться? Отдых для тебя – это...

Отдых – это всегда что-то такое беззаботное и даже ленивое. Я не люблю шумные компании. Отдых для меня – время с самой собой: чтение, просмотр фильма или прогулка по любимым местам города (*Марина, 31 год*).

Отдых с друзьями для меня – лучший релакс. Мои друзья говорят, что я – душа компании (*Олег, 32 года*).

Лучший отдых для меня – это отдых с книгой, а лучше со стихами или музыкой (*Анна, 35 лет*).

Люблю проводить время с друзьями, устраивать совместные просмотры фильмов, а потом их обсуждать или путешествовать вместе. Одиночество – это не обо мне (*Анна, 34 года*).

Отдых должен быть веселым, достаточно активным (*Анна, 28 лет*).

6. Что для тебя адаптация?

Это про самостоятельность, умение приспосабливаться к любым ситуациям, людям. Это про то, что ты не ждешь, пока этот мир изменится согласно твоим возможностям, а сам меняешься и принимаешь правила игры. И это очень непросто (*Марина, 31 год*).

Адаптация – умение жить в заданных условиях не хуже, а может даже лучше, чем все остальные. Адаптация для меня – это не бояться ставить перед собой смелые цели и в последующем их достигать, все время совершенствоваться (*Олег, 32 года*).

Это привести в свою жизнь все то, что имеют другие, в хорошем смысле конечно. Например, получить образование, найти работу, создать семью. И не забывать про свое здоровье, обращаться к профильным специалистам (*Анна, 35 лет*).

Адаптироваться – приспособиться к имеющимся условиям. Это иметь в своей жизни все то, что имеют другие. Жить без оглядки на болезнь (*Анна, 34 года*).

Адаптироваться – приспособиться к имеющимся условиям. Это жить как все. Жить вопреки болезни (*Анна, 28 лет*).

7. Ты считаешь себя адаптированным человеком с точки зрения инвалидности?

Да (*Марина, 31 год; Олег, 32 года; Анна, 35 лет; Анна, 28 лет*).

8. Ты склонен/склонна к самоанализу, анализу своих поступков, эмоций, чувств?

Нет (*Марина, 31 год; Олег, 32 года; Анна, 28 лет*).

Да, много анализирую, могу даже из-за этого впасть в депрессию (*Анна, 35 лет*).

Люблю пофилософствовать с друзьями, но это скорее способ времяпрепровождения (*Анна, 34 года*).

9. Ты оптимист или пессимист?

Оптимист (*Марина, 31 год; Олег, 32 года; Анна, 35 лет; Анна, 28 лет*).

Пессимист (*Анна, 34 года*).

10. Сталкиваясь с трудными ситуациями, как ты их решаешь?

То, что мне под силу, решаю самостоятельно, редко прибегаю к посторонней помощи (*Марина, 31 год*). У меня есть друзья, которые помогут (*Олег, 32 года*). В таких ситуациях помогают мама и муж (*Анна, 35 лет*). В трудных ситуациях помогают родители или друзья (*Анна, 34 года*).

11. Ты доволен/довольна своей жизнью? Считаешь ли ты ее осмысленной?

Это лучший вариант, который мог бы быть. Поэтому, да, я довольна. Я думаю, что мою жизнь можно назвать осмысленной. У меня всегда были цель, стимул в жизни, я понимала многие риски и нюансы (*Марина, 31 год*).

Да, доволен. Зная специфику ДЦП, все могло бы быть значительно хуже. А так я доволен тем результатом, который есть на сегодняшний день. Я думаю, моя жизнь осмысленна, и все, что было в ней, было не зря (*Олег, 32 года*).

Да, довольна. У меня есть все, о чем я мечтала, я живу как все. Да, моя жизнь осмысленна (*Анна, 35 лет*).

Я довольна тем, что имею сейчас. У меня интересная, социально активная жизнь, много планов и идей на будущее. Осмысленна ли моя жизнь? Думаю, да (*Анна, 34 года*).

Я довольна тем, что имею сейчас. У меня интересная, достаточно активная жизнь, много планов и мечтаний. Моя жизнь осмысленна (*Анна, 28 лет*).

12. Важно ли для тебя получение высшего образования?

Для меня получение высшего образования – это стремление к чему-то большему, это борьба с самим собой и с общественным мнением, реализация скрытых возможностей. Ну и, конечно же, интеллектуальное развитие, познание чего-то нового (*Марина, 31 год*).

Сейчас без высшего образования никуда. Я это понимаю и стремлюсь к тому, чтобы в будущем его получить (*Олег, 32 года*).

Конечно, важно. Поэтому в свое время я и получила диплом. Это момент развития, совершенствования, возможность не замыкаться в самой себе, а узнавать новое и учиться взаимодействовать с людьми (*Анна, 35 лет*).

Диплом не гарантирует какого-то иного уровня жизни, по крайней мере, в моем случае это именно так. Можно развиваться и учиться чему-то новому и вне стен высшего учебного заведения. Мне иногда бывает даже жалко людей, которые тратят так много сил и времени на получение диплома (*Анна, 34 года*).

Я училась на дневном отделении, это хорошая школа жизни, где-то я поверила в свои силы, где-то переборола свои страхи и даже комплексы, стала сильнее во всех смыслах. Не говоря о том, что повысила свой интеллектуальный уровень. Я уверена, что образование человека с инвалидностью – это не только про получение профессии, но еще и про реабилитацию, адаптацию (*Анна, 28 лет*).

13. Критерии успеха – это...

Успешный человек – это человек, который находится в гармонии с собой, он уверен в себе и четко знает, чего хочет и как этого добьется (*Марина, 31 год*).

Критерии успеха – это самореализация, независимость, семья (*Олег, 32 года*). Пожалуй, это семья (*Анна, 35 лет*). Саморазвитие, целеустремленность (*Анна, 34 года*).

Выводы. Заболевание врожденное, поэтому отношение к нему как к неотъемлемой части жизни, которая не лишена возможностей, просто для их достижения нужно приложить гораздо больше усилий. Отмечается выраженное стремление к самостоятельности в решении проблем и возможность использовать помощь родных и друзей. Прошлое принимается. Жизнь осмысленна, без самоизоляции. Будущее – оптимистично (хотелось бы сохранить подвижность, работать, быть полезным).

Адаптироваться – приспособиться к имеющимся условиям, иметь в своей жизни все то, что имеют другие. Не бояться ставить перед собой смелые цели и достигать их, все время совершенствоваться. Образование человека с инвалидностью – это не только для получения профессии, но и для самореабилитации, адаптации. Критерии успеха – саморазвитие, целеустремленность, самореализация, независимость, семья.

Результаты опроса респондентов с травмой позвоночника с высоким уровнем адаптации

1. Как ты относишься к своей болезни, физическому состоянию, к жизни с инвалидностью в целом?

Просто живу, стараясь не обращать внимания на свое состояние. К физическому состоянию отношусь с юмором, ведь сейчас я стал гораздо быстрее перемещаться, на коляске быстрее, чем на двух ногах. Юмор может быть немного специфический, но с ним легче жить после травмы. Жизнь с инвалидностью – это совсем другая реальность, по крайней мере, так кажется поначалу. Сейчас я могу сказать, что жить полноценно можно и в коляске. Главное – захотеть (*Андрей, 33 года; Стас, 32 года*).

Как к любой болезни, к своей травме я отношусь с должным вниманием, читаю специальную литературу, прохожу плановые осмотры у профильных специалистов с целью поддержания того уровня физического здоровья, который есть на данный момент. К физическому состоянию уже сейчас, когда прошло достаточно много времени с момента наступления инвалидности, отношусь спокойно, принимаю себя такой, какая я есть. Да и изменилась я не сильно, единственное отличие – сейчас я сижу в коляске. Жизнь с инвалидностью – это жизнь, которая учит смотреть иначе на многие вещи, ценить то, что имеешь, и никогда не опускать руки (*Оксана, 45 лет*).

Поначалу было сложно понять, что жизнь кардинально изменилась, а потом я познакомилась с такими же инвалидами-колясочниками, как я сама, и поняла, что жизнь в коляске – это не конец. Я же осталась прежней, в плане личностных качеств, изменилось лишь физическое состояние. Я начала заниматься фехтованием на колясках и достигла определенных результатов в этом. Сейчас занимаюсь тренерской деятельностью. В плане физического состояния и принятия себя ничего для меня не изменилось. Я все такая же красивая и обаятельная, а мое нынешнее физическое состояние и инвалидная коляска добавляют мне определенной уязвимости и хрупкости. Это хорошо «работает» на представителях мужского пола (*Кристина, 28 лет*).

Иногда хожу по врачам, но я не из тех, кто бежит в поликлинику при легком недомогании. К физическому состоянию отношусь спокойно, я принимаю себя такой, какая есть. Я считаю себя красивой и обаятельной, а инвалидная коляска... я часто говорю, что это мой трон (*Анжела, 32 года*).

2. Как ты справляешься с повседневными ситуациями с учетом инвалидности?

В повседневной жизни раньше мне помогала мама, теперь я живу отдельно и со многими повседневными моментами научился справляться сам (*Андрей, 33 года*).

Со многими вещами я научилась справляться сама. Живу отдельно, спокойно могу ездить по городу в транспорте (*Оксана, 45 лет*). Инвалидная коляска – не повод закрываться в четырех стенах и в самом себе (*Кристина, 28 лет*).

Поначалу мне помогала мама, теперь я живу отдельно и со многими повседневными моментами научился справляться сам (*Стас, 32 года*).

Я научилась справляться почти со всем сама. Без проблем передвигаюсь по городу в общественном транспорте, вожу машину (*Анжела, 32 года*).

3. Каким ты видишь свое будущее?

Наверное, все будет, как сейчас, буду работать и жить, может немного лучше (*Андрей, 33 года; Стас, 32 года*).

Продолжать работать, развиваться, быть максимально самостоятельной и независимой (*Анжела, 32 года*), устроить свою личную жизнь (*Оксана, 45 лет*).

Хотелось бы верить в лучшее. Продолжать работать, развиваться и быть максимально самостоятельной и независимой (*Кристина, 28 лет*).

4. Если бы была возможность изменить что-то в прошлом, что бы это было?

Я бы постарался не попасть в ситуацию, которая привела к травме (*Андрей, 33 года; Стас, 32 года*).

Не хочу ничего менять, нужно жить настоящим, глядя в будущее (*Оксана, 45 лет; Кристина, 28 лет; Анжела, 32 года*).

5. Ты любишь отдыхать, веселиться? Отдых для тебя – это...

Да, люблю. Отдых для меня – это встреча с друзьями. А еще езда за рулем автомобиля (*Андрей, 33 года*).

Это время с друзьями. Люблю отдыхать активно, чем активнее отдых, тем лучше (*Оксана, 45 лет; Кристина, 28 лет; Стас, 32 года; Анжела, 32 года*).

6. Что для тебя адаптация?

Адаптироваться – жить так, как жил до травмы (*Андрей, 33 года*).

Жить, несмотря на травму (*Оксана, 45 лет; Кристина, 28 лет*).

Приспосабливаться к своему новому жизненному статусу (*Стас, 32 года*).

Жить, несмотря ни на что: ни на общественное мнение, ни на существующие преграды (*Анжела, 32 года*).

7. Ты считаешь себя адаптированным человеком с точки зрения инвалидности?

Да (*Андрей, 33 года; Стас, 32 года*).

Да, в полной мере (*Оксана, 45 лет; Кристина, 28 лет; Анжела, 32 года*).

8. Ты склонен/склонна к самоанализу, анализу своих поступков, эмоций, чувств?

Могу это делать, но чаще всего не хочу (*Андрей, 33 года; Стас, 32 года*).

Иногда могу погрузиться в себя, но чаще всего на это нет времени (*Оксана, 45 лет*). Нет, это не мое. Обязательно найдутся какие-то проблемы, а с ними потом нужно жить (*Кристина, 28 лет; Анжела, 32 года*).

9. Ты оптимист или пессимист?

Оптимист и пессимист. Все зависит от ситуации. Но оптимизм мне все-таки ближе (*Андрей, 33 года*). Оптимизм мне всегда был ближе (*Оксана, 45 лет; Кристина, 28 лет*). Оптимист, конечно. Я вообще считаю, что мир спасут оптимисты (*Стас, 32 года*). Я – оптимистка до мозга костей (*Анжела, 32 года*).

10. Сталкиваясь с трудными ситуациями, как ты их решаешь?

Максимально стараюсь решить их сам. Если не получается, тогда могу попросить о помощи (*Андрей, 33 года*).

Стараюсь решить их сама, но не вижу ничего ужасного в том, чтобы попросить о помощи (*Оксана, 45 лет; Кристина, 28 лет; Анжела, 32 года*).

Максимально стараюсь решить их сам. Я же мужчина. Если не получается, тогда могу попросить о помощи (*Стас, 32 года*).

11. Ты доволен/довольна своей жизнью? Считаешь ли ты ее осмысленной?

Хотел бы, чтобы все было по-другому, но что поделать. Сейчас мне особо не на что жаловаться: у меня есть работа, есть ощущение нужности. А как будет дальше, покажет время. Моя жизнь осмысленна (*Андрей, 33 года*).

Несмотря на свою неподвижность, я довольна своей жизнью сейчас. Я же не изменилась, моя целеустремленность и множество планов со мной, а физические ограничения – это, по сути, преодолимые жизненные обстоятельства. Моя жизнь осмысленна (*Оксана, 45 лет*).

Как бы это странно ни прозвучало, но да. Несмотря на свою неподвижность, я много что имею в жизни. Иногда мне кажется, что, если бы не травма, моя жизнь не была бы такой насыщенной, как сейчас. Звучит странно, конечно. Моя жизнь осмысленна (*Кристина, 28 лет*).

Хотел бы, чтобы все было по-другому, но что поделать. Сейчас мне особо не на что жаловаться: пророчили для меня худший исход, но я оказался сильнее и целеустремленнее. А что и как будет дальше, проживем – увидим. Моя жизнь осмысленна (*Стас, 32 года*).

Как бы это странно ни прозвучало, но да. Несмотря на свою неподвижность, я смогла получить высшее образование, работаю, получила права. Чем тут быть недовольной. Конечно, хотелось бы лучшего и большего, личного счастья, например, но, думаю, все еще впереди. Моя жизнь осмысленна (*Анжела, 32 года*).

12. Важно ли для тебя получение высшего образования?

Я не успел даже подумать о получении высшего образования, так как случилась травма, а потом как-то не до того было, но диплом – вещь нужная (*Андрей, 33 года; Стас, 32 года*).

С точки зрения современного мира диплом – вещь хорошая. Но если его нет, не беда. Можно и без него найти дело своей жизни (*Оксана, 45 лет*).

Я смогла получить диплом о высшем образовании уже будучи в инвалидном кресле. Это было непросто, но возможно. Для меня это стало подтверждением того, что иногда совсем не важно, в каком ты физическом состоянии, важны лишь твой внутренний настрой и желание достигать намеченных целей. С этой точки зрения получение высшего образования для меня важно (*Кристина, 28 лет; Анжела, 32 года*).

13. Критерии успеха – это...

Критерии успеха – возможность реализовываться, несмотря на все превратности судьбы, на жизненные трудности (*Андрей, 33 года; Стас, 32 года*).

Целеустремленность и наличие поддержки родных, друзей (*Оксана, 45 лет; Кристина, 28 лет; Анжела, 32 года*).

Выводы. Жизнь с инвалидностью – это жизнь, которая учит смотреть иначе на многие вещи, ценить то, что имеешь. Отношение спокойное, принятие себя, стремление к самостоятельности. Инвалидная коляска – не повод для самоизоляции. Будущее связано с верой в лучшее (продолжать работать, развиваться и быть максимально самостоятельным, независимым, активным). Адаптироваться – жить так, как до травмы, жить, несмотря на травму. Физические ограничения – это преодолимые жизненные обстоятельства. Критерии успеха – возможность реализовываться, несмотря на превратности судьбы, на жизненные трудности.

Респондентам с высоким уровнем адаптации свойственно адекватное отношение к своему физическому дефекту, что выражается в высоком уровне самоотношения и самопринятия. Такие люди позитивно принимают и высоко оценивают поддержку со стороны друзей и близких, для них не является затруднением обратиться за помощью к окружающим людям или принять предложенную помощь без ощущения эмоционального дискомфорта и угрозы собственной самооценке. Таким людям свойственна активная и ответственная позиция в отношениях с окружающими. Рассматриваемая группа характеризуется высокими показателями общей осмысленности жизни. Респонденты четко осознают свои цели, которые определяют их направленность на реализацию своих потенциалов в профессиональной сфере, на создание семьи, которую они воспринимают как фактор поддержки. Они ставят цели, адекватно оценивают свои возможности и на основании этого выбирают пути решения поставленных задач.

Предпосылкой продуктивной самореализации личности является его активная позиция, которая позволяет оставить необоснованные надежды на льготы и социальную поддержку и обеспечивать свои насущные потребности самостоятельно. Неудачи воспринимаются ими как стимул для самосовершенствования и переоценки окружающей ситуации, ограничений и способов эти ограничения преодолевать.

Результаты опроса респондентов с ДЦП с низким уровнем адаптации

1. Как ты относишься к своей болезни, физическому состоянию, к жизни с инвалидностью в целом?

Живу как живется. К болезни отношусь спокойно, изменить все равно уже ничего нельзя. Жизнь с инвалидностью непростая, в ней много разных проблем. Жизнь монотонная, скучная (*Денис, 31 год*).

Плохо отношусь, что тут хорошего: ноги не ходят, руки не слушаются, вечно что-то болит... Да и к физическому состоянию точно также отношусь: я некрасивый, кривой, согнутый весь, кто на такого посмотрит. Если бы была такая возможность, я бы с радостью поменял свое тело, но это невозможно. Жизнь с инвалидностью трудная и безрадостная. Все уже решено, изменить мало что можно (*Кирилл, 22 года*).

Наверное, нормально отношусь, как-то не думал об этом. Хотелось бы, чтобы всего этого не было, но что поделаешь. Я очень переживаю, что хожу при помощи ходунков, это совсем меня не красит и отталкивает людей. Жизнь с инвалидностью – постоянная борьба с болезнью, с обществом. Мне кажется, что в этой борьбе я всегда проигрываю (*Сергей, 27 лет*).

Нормально отношусь, стараюсь не заикливаться на болезни, а просто жить. Физическое состояние очень сильно напоминает мне о том, что я больной человек. У меня плохо работают руки, по этой причине многие вещи сделать сам я не могу. Ко всему прочему, я плохо разговариваю, и это очень сильно осложняет жизнь, так как меня мало кто понимает. Жизнь с инвалидностью сложная, мучительная (*Дмитрий, 44 года*).

А как можно относиться к болезни? Конечно, негативно. Болеть всегда плохо, а ДЦП – это же на всю жизнь (*Евгения, 34 года*).

С должным вниманием, я очень внимателен к своему самочувствию и состоянию. Мое физическое состояние оставляет желать лучшего, хожу я плохо, при помощи ходунков, еще и располнел. В общем ничего хорошего и красивого. Жизнь с инвалидностью непростая (*Сергей, 39 лет*).

Негативно. Я не хочу быть больной. Мое физическое состояние вызывает раздражение и грусть, ведь я некрасивая, со мной не хотят общаться. Жизнь с инвалидностью однообразная, сложная (*Анна, 28 лет*).

2. Как ты справляешься с повседневными ситуациями с учетом инвалидности?

В целом все решает мама, я могу лишь посоветовать что-нибудь. А если говорить про моменты самообслуживания, то это я делаю сам (*Денис, 31 год*). Я мог бы с чем-то справляться и сам, но есть родители, которые помогают в этом вопросе (*Кирилл, 22 года*). Мне во многом помогает мама, так как живу я с родителями (*Евгения, 34 года*). Мне помогает мама. Самому мне многие вещи делать неудобно и даже невозможно (*Сергей, 39 лет*).

По возможности стараюсь все решать сам, но, если есть такая возможность, могу попросить все решить кого-нибудь другого. Это всегда неплохой вариант (*Сергей, 27 лет*). Я стараюсь решать все сам, меня раздражает факт, что я сам мало что могу

(Дмитрий, 44 года). Я практически все делаю сама. Мы с мамой живем в сельской местности, поэтому мне пришлось научиться делать многое (Анна, 28 лет).

3. Каким ты видишь свое будущее?

Хотелось бы работать и зарабатывать, ну еще, чтобы семья была, дети (Денис, 31 год). Хотел бы жить отдельно (это как мечта). А так буду жить, как живу сейчас, с родителями (Кирилл, 22 года).

Не знаю. Сложно сейчас загадывать про будущее. Хотелось бы, чтобы все было хорошо. Я очень хочу семью, но мое заболевание мне в этом мешает (Сергей, 27 лет).

Думаю, будущее будет мало отличаться от настоящего. Что тут может измениться? Я стану старше, вот и все (Дмитрий, 44 года). Думаю, будущее будет такое же, как настоящее. Мало что изменится (Евгения, 34 года). Не знаю. Наверное, все будет как сейчас, буду работать и жить, как живу сейчас (Сергей, 39 лет). Наверное, мало что изменится в моей жизни в дальнейшем (Анна, 28 лет).

4. Если бы была возможность изменить что-то в прошлом, что бы это было?

Я ничего не хочу менять. Что было, то было. На то оно и прошлое (Денис, 31 год). Ничего не хочу менять (Сергей, 27 лет; Сергей, 39 лет).

Я хотел бы быть здоровым и не знать, что такое инвалидность (Кирилл, 22 года).

Я бы пошел учиться, по крайней мере, настоял на этом (Дмитрий, 44 года).

Я бы не хотела так много и так долго находиться в больницах далеко от дома, от мамы (Евгения, 34 года; Анна, 28 лет).

5. Ты любишь отдыхать, веселиться? Отдых для тебя – это...

Да, люблю. С друзьями, на природе или еще где-нибудь. Только это нечасто бывает, так как инвалидная коляска мешает. Отдых для меня – это почувствовать себя «живым», нужным, если это отдых с кем-то. А в одиночестве отдыхать я не люблю, это даже не отдых, а мое постоянное, ежедневное состояние (Денис, 31 год).

Отдых для меня – это, чаще всего, семейные торжества и праздники. Хотя, если честно, они изрядно мне надоели (Кирилл, 22 года).

Люблю отдыхать, особенно с друзьями (Сергей, 27 лет). Люблю отдыхать, но в одиночестве (Дмитрий, 44 года). Отдых должен быть веселым (Евгения, 34 года). Отдых для меня – это когда не нужно ходить на работу (Сергей, 39 лет).

Нет, у меня мало друзей, их практически нет, поэтому веселиться особо не с кем. Отдых для меня – это время за компьютером (Анна, 28 лет).

6. Что для тебя адаптация?

Адаптация – это когда ты научился жить в этом обществе, среди здоровых людей. При этом не чувствуешь себя изгоем (Денис, 31 год).

Адаптация – это когда ты все, ну или многое можешь делать сам в жизни. Жить вообще в этом обществе (Кирилл, 22 года).

Адаптированный человек – это как здоровый, все может, все у него получается в жизни (Сергей, 27 лет). Уметь справляться самому в жизни (Дмитрий, 44 года).

Это когда ты многое можешь делать самостоятельно, например, самостоятельно жить, может, даже в другом городе (Евгения, 34 года).

Жить, как все (Сергей, 39 лет). Научиться жить с болезнью (Анна, 28 лет).

7. Ты считаешь себя адаптированным человеком с точки зрения инвалидности?

О себе могу сказать, что я не очень адаптированный, сложно им стать, когда все время сидишь дома (Денис, 31 год). Не знаю. Скорее, нет (Кирилл, 22 года). Нет. Наверное, мне есть над чем еще работать (Сергей, 27 лет; Дмитрий, 44 года). Нет. Хотя я же справляюсь с какими-то делами по дому (Евгения, 34 года). Ну почти (Сергей, 39 лет). Да (Анна, 28 лет).

8. Ты склонен/склонна к самоанализу, анализу своих поступков, эмоций, чувств?

Да, могу иногда покопаться в самом себе, чтобы себя чем-то занять. Но это не всегда бывает легко (*Денис, 31 год*). Да, много анализирую, думаю, что я делаю не так в жизни. Только мне кажется, это все бесполезно, ответов я не нахожу (*Сергей, 27 лет*).

Нет, я не копаюсь в самом себе (*Анна, 28 лет*). Это приводит к множеству вопросов, на которые у меня нет ответов (*Кирилл, 22 года; Дмитрий, 44 года*). Нет. Это пустая трата времени (*Евгения, 34 года*). Могу это делать, но чаще всего не хочу (*Сергей, 39 лет*).

9. Ты оптимист или пессимист?

Скорее, пессимист. Поводов для оптимизма особо не вижу (*Денис, 31 год; Кирилл, 22 года*). Пессимист. Хотя бывают моменты, когда я могу смотреть на вещи позитивно (*Дмитрий, 44 года*).

Конечно, оптимист. С нашим диагнозом иначе никак (*Сергей, 27 лет*). Оптимист (*Евгения, 34 года; Сергей, 39 лет; Анна, 28 лет*).

10. Сталкиваясь с трудными ситуациями, как ты их решаешь?

Чаще всего прошу кого-нибудь, маму, например, ну или сам решаю (*Денис, 31 год*). Делюсь с друзьями, советуюсь (*Сергей, 27 лет*).

Мне кажется, мою жизнь сложно назвать насыщенной трудными ситуациями, но если они и возникают, то решаются они с помощью родителей (*Кирилл, 22 года*).

Чаще всего справляюсь сам, может помочь супруга (*Дмитрий, 44 года*). В трудных ситуациях помогает мама или родственники (*Евгения, 34 года; Сергей, 39 лет; Анна, 28 лет*).

11. Ты доволен/довольна своей жизнью? Считаешь ли ты ее осмысленной?

Как можно быть довольным такой жизнью... Из дня в день ничего не происходит и не меняется. Хотя, наверное, могло бы быть и хуже, не знаю. Это сложный вопрос для меня. Да, наверное, моя жизнь осмысленная, я же не глупый человек (*Денис, 31 год*).

Нет, если бы я был здоровым, то моя бы жизнь была другой, и ею я был бы доволен. Мне кажется, что моя жизнь осмысленна (*Кирилл, 22 года*).

Ну, не то, чтобы доволен. Хотелось бы лучше. Да, моя жизнь осмысленна (*Сергей, 27 лет*). Наверное, да. Хотя иногда мне очень жаль, что она у меня именно такая. Да, моя жизнь осмысленна (*Дмитрий, 44 года*).

Хотелось бы иметь жизнь здорового и полноценного человека. Мне жаль, что моя жизнь связана с ДЦП. Осмысленна ли моя жизнь? Думаю, да (*Евгения, 34 года*).

Я не доволен. Хотел бы, чтобы все было по-другому. Есть много вещей, которые из-за болезни мне недоступны, например, семья. Я хочу иметь свою семью, но понимаю, что такие, как я, мало кому нужны. Моя жизнь осмысленна (*Сергей, 39 лет*).

Хотелось бы иметь жизнь здорового и полноценного человека. Мне жаль, что моя жизнь связана с ДЦП (*Анна, 28 лет*).

12. Важно ли для тебя получение высшего образования?

Нет, лично для меня высшее образование не важно. Оно ничего не изменит по факту. Да и сложностей с этим много: нужно ездить на сессии, ходить на учебу, а в коляске это делать сложно, так как нигде ничего не приспособлено (*Денис, 31 год*).

Нет, не важно. Оно мало что меняет в жизни, когда ты инвалид, все равно на работу невозможно устроиться. Для меня учеба – это скучно (*Евгения, 34 года*). Можно жить и без диплома. Я всегда понимал, что для меня этот путь закрыт (*Дмитрий, 44 года*). У меня нет высшего образования, но мне бы хотелось пойти учиться, мне нравятся компьютеры. Но мама говорит, что у меня не получится, да и возможности у нас нет (*Анна, 28 лет*).

В современном мире без высшего образования никуда. Но у меня его нет, мне кажется, у меня не получится быть студентом (*Кирилл, 22 года*). У меня нет высшего образования, и мне это не мешает жить, хотя, когда я начал искать работу, понял, что это был бы решающий момент. Мне уже поздно идти учиться, да и сложно все это, в том числе и физически (*Сергей, 27 лет*).

Диплом, который я получил благодаря своей маме, которая помогала посещать университет, обеспечил меня работой и возможностью зарабатывать, а не жить только на пособие (*Сергей, 39 лет*).

13. Критерии успеха – это...

Работа и собственная семья (*Денис, 31 год; Сергей, 39 лет; Сергей, 27 лет*). Здоровье, красота, независимость (*Кирилл, 22 года*). Самореализация, чувство значимости (*Дмитрий, 44 года*). Иметь поддержку родных (*Евгения, 34 года*). Когда ты здоровый человек, ты уже достиг успеха (*Анна, 28 лет*).

Выводы. К болезни отношение спокойное, с обреченностью (изменить все равно уже ничего нельзя). Характерны несамостоятельность, зависимость от семьи, желание быть здоровым и не знать, что такое инвалидность, без конкретизации реальных целей (живу, как живется). Будущее видится мало отличающимся от настоящего. Адаптироваться – это значит научиться жить в обществе, среди здоровых людей, научиться жить с болезнью. Без склонности к рефлексии, которая приводит к множеству вопросов, на которые нет ответов. Жизнь осмысленна, без удовлетворения. Образование получить сложно или не важно, так как оно ничего не изменит.

Результаты опроса респондентов с травмой позвоночника с низким уровнем адаптации

1. Как ты относишься к своей болезни, физическому состоянию, к жизни с инвалидностью в целом?

Сложно дается осознание, что моя жизнь не такая, какой была раньше, в ней сейчас больше врачей, медикаментов. Я стараюсь не обращать внимания на это все. Мое физическое состояние – это обездвиженность и инвалидная коляска. К этому сложно как-то чересчур позитивно относиться. Жизнь с инвалидностью – она другая, здесь все иначе, нужно всему учиться заново, даже элементарным вещам (*Анна, 26 лет*).

Негативно. Я считаю, что в моем заболевании огромную роль сыграла некомпетентность врачей, поэтому мне стало хуже и я потеряла подвижность. Мое физическое состояние вызывает раздражение и грусть, в таком состоянии я никому не нужна. Жизнь с инвалидностью рутинная и сложная (*Лидия, 56 лет*).

Никому не нравится болеть, я не исключение. Особенно, когда все произошло так неожиданно. Но я понимаю, что сейчас я должна уделять максимум внимания собственному здоровью. Своего физического состояния, инвалидной коляски я очень стесняюсь, стараюсь, чтобы никто меня не видел. Мне так комфортнее. Жизнь с инвалидностью – она другая, здесь все иначе, нужно всему учиться заново, даже элементарным вещам. Жизнь похожа на тюрьму (*Марина, 30 лет*).

Порой бывает сложно жить и не обращать внимания на свое состояние. Я всегда помню о своей травме и что это навсегда. Это меня мучает. К физическому состоянию отношусь... Да никак не отношусь, просто сижу в коляске и все. Жизнь с инвалидностью... Не знаю даже, что ответить... Сложно это все (*Дмитрий, 43 года*).

Никому не нравится болеть. Как можно относиться к болезни? Конечно, плохо. Своего физического состояния я очень стесняюсь, стараюсь, чтобы никто меня не видел. На улицу могу выходить с мамой, мне так комфортнее. Жизнь с инвалидностью однообразная, скучная, в ней мало радости. Это жизнь, в которой много одиночества (*Евгения, 26 лет*).

2. Как ты справляешься с повседневными ситуациями с учетом инвалидности?

В повседневной жизни мне помогают родители. Но со многими вещами я научилась справляться сама (*Анна, 26 лет*). В повседневной жизни я практически все делаю сама. Иногда на помощь приходит подруга (*Лидия, 56 лет*).

Раньше мне помогали родители. Но не так давно я вышла замуж и сейчас со многими вещами помогает муж (*Марина, 30 лет*).

Помогают родители, с которыми я живу сейчас. Все делает мама, я мало что могу (*Евгения, 26 лет; Дмитрий, 43 года*).

3. Каким ты видишь свое будущее?

Хотелось бы верить в лучшее. Продолжать работать и стараться быть максимально самостоятельной (*Анна, 26 лет*). Хотелось бы, чтобы оно было счастливым... (*Евгения, 26 лет*), и я очень хочу детей (*Марина, 30 лет*).

Наверное, мало что изменится в моей жизни в дальнейшем (*Дмитрий, 43 года; Лидия, 56 лет*).

4. Если бы была возможность изменить что-то в прошлом, что бы это было?

Я бы постаралась не попасть в ситуацию, которая привела к травме (*Анна, 26 лет; Дмитрий, 43 года*). Я бы хотела попасть к компетентным врачам (*Лидия, 56 лет*).

Я бы не хотела заболеть и быть такой, как сейчас (*Марина, 30 лет; Евгения, 26 лет*).

5. Ты любишь отдыхать, веселиться? Отдых для тебя – это...

Да, люблю. Отдых для меня – это время с самой собой, люблю читать (*Анна, 26 лет; Марина, 30 лет; Евгения, 26 лет*). Раньше очень любила отдыхать и веселиться, а теперь это стало невозможным. Да и как можно веселиться, когда болеешь. Сейчас отдых для меня – это просмотр телевизора (*Лидия, 56 лет*). Отдых люблю, но в одиночестве. Мне так комфортнее (*Дмитрий, 43 года*).

6. Что для тебя адаптация?

Адаптироваться – жить, несмотря на травму. Уметь противостоять общественному мнению, существующим стереотипам (*Анна, 26 лет; Лидия, 56 лет; Марина, 30 лет*). Справляться с жизнью в новых условиях (*Дмитрий, 43 года*). Уметь жить с болезнью (*Евгения, 26 лет*).

7. Ты считаешь себя адаптированным человеком с точки зрения инвалидности?

Да (*Анна, 26 лет; Лидия, 56 лет*). Нет (*Марина, 30 лет; Евгения, 26 лет*). Не знаю (*Дмитрий, 43 года*).

8. Ты склонен/склонна к самоанализу, анализу своих поступков, эмоций, чувств?

Да, люблю погрузиться в себя, свои эмоции (*Анна, 26 лет; Марина, 30 лет; Евгения, 26 лет*).

Нет. Никогда этого не любила (*Лидия, 56 лет*). Нет. Не люблю, когда мне лезут в душу (*Дмитрий, 43 года*).

9. Ты оптимист или пессимист?

Оптимизм мне ближе (*Анна, 26 лет; Лидия, 56 лет; Марина, 30 лет*). Оптимист и пессимист. Все зависит от ситуации (*Дмитрий, 43 года*). Скорее пессимист (*Евгения, 26 лет*).

10. Сталкиваясь с трудными ситуациями, как ты их решаешь?

Стараюсь решить их сама, но если не получается, тогда могу попросить о помощи (*Анна, 26 лет*). Решаю их сама (*Лидия, 56 лет*). Помогают родители и муж, сама я не справлюсь (*Марина, 30 лет*). Прошу о помощи (*Дмитрий, 43 года*). Мама помогает все решать (*Евгения, 26 лет*).

11. Ты довольна своей жизнью? Считаешь ли ты ее осмысленной?

Как бы это странно ни прозвучало, но да. Несмотря на свою неподвижность, я много что имею в жизни. Это ли не повод быть довольной? Моя жизнь осмысленна (*Анна, 26 лет*).

Хотелось бы иметь жизнь здорового и полноценного человека. Мне жаль, что моя жизнь сейчас сложилась именно так. Осмысленна ли моя жизнь. Думаю, да (*Лидия, 56 лет*). Сложно ответить. Но, скорее, нет. Сложно быть довольной жизнью, когда ты – инвалид. Моя жизнь осмысленна (*Марина, 30 лет*).

Хотел бы, чтобы все было по-другому. Я не доволен, в моей жизни сейчас много негативных моментов. Моя жизнь осмысленна (*Дмитрий, 43 года*). Сложно ответить. Но, скорее, нет. Сложно быть довольной жизнью, когда ты – больной человек. Моя жизнь осмысленна (*Евгения, 26 лет*).

12. Важно ли для тебя получение высшего образования?

Я считаю, что именно получение высшего образования помогло мне выйти из депрессии и начать жить, вернее захотеть жить в изменившемся физическом состоянии. Тогда я поняла, что жизнь в инвалидной коляске еще не конец (*Анна, 26 лет*).

В свое время я не поступила в университет, а получила среднее специальное образование. Потом об этом много раз жалела (*Лидия, 56 лет*). У меня за плечами только общеобразовательная школа. Когда-то я думала про университет, но сейчас это невозможно. Я не справлюсь. А так, учиться – это хорошо (*Евгения, 26 лет*).

Нет, я считаю, что и без диплома можно жить. Чаще всего это пустая трата времени и сил. Хотя есть люди, которыми я восхищаюсь, потому что, несмотря ни на что, они учатся, развиваются, совершенствуются (*Марина, 30 лет*).

Можно и без диплома жить, он ничего не гарантирует (*Дмитрий, 43 года*).

13. Критерии успеха – это...

Наличие работы и независимость (*Анна, 26 лет*). Профессиональная самореализация (*Лидия, 56 лет*). Семья, поддержка близких людей. Если это есть, то человек достигнет успеха во многом (*Марина, 30 лет*). Личностные качества: целеустремленность, выносливость, коммуникабельность (*Дмитрий, 43 года*). Даже не знаю, что ответить (*Евгения, 26 лет*).

Выводы. Респонденты характеризуются спокойным или негативным отношением к своему физическому дефекту. Инвалидность представляется определяющим препятствием на пути к достижению целей, поэтому их цели ситуативны. Им свойственна ориентация на мнения окружающих, сложившиеся стереотипы поведения. Они нуждаются в поддержке, склонны переносить принятие решений на своих близких. Характерна склонность к фатализму, что на поведенческом уровне выражается в пассивности и замкнутости. Испытуемые не имеют четких целей самореабилитации и саморазвития.

1.4 Анализ понятий «реабилитация», «реабилитационный потенциал» и «самореабилитация личности»

Проблема жизнедеятельности людей с ограниченными возможностями известна с древних времен, и ее решение всегда зависело от экономического, политического, культурного уровня конкретной страны и этапа развития общества в целом. Пройдя путь от идей неприязни и физического уничтожения инвалидов, общество пришло к пониманию необходимости интеграции и реинтеграции в общество лиц с различными физическими

дефектами и психосоциальными нарушениями. С позиций сегодняшнего дня инвалидность следует рассматривать как проблему не только конкретного человека, но и всего общества в целом. Интеграция инвалида в социальную среду требует значительных усилий многих специалистов: медиков, психологов, педагогов, юристов и др. Процесс интеграции носит комплексный характер и осуществляется на научной основе, нашедшей отражение в такой научной отрасли, как реабилитология.

Важнейшим достижением каждого государства является здоровье его граждан. Этот основополагающий, непреходящий принцип приобретает особую значимость в наши дни, когда низкая рождаемость и продолжительность жизни, высокая смертность и, как следствие, уменьшение числа жителей приводят к сложной демографической ситуации во многих странах мира. В связи с этим важнейшими задачами современного общества являются сохранение и укрепление здоровья народа, снижение уровня первичного выхода на инвалидность и тяжести инвалидности, государственная поддержка и социальная защита инвалидов. Сохранению и восстановлению здоровья способствует наряду с соответствующими политическими, экономическими, социальными, правовыми и другими условиями использование передовых идей и практики медицины в целом и реабилитации в частности [9].

Ситуация болезни – это всегда стрессогенное, порой доходящее до критического, явление человеческой жизни, связанное не только с физическими недомоганиями, приводящими к той или иной степени ограничения жизнедеятельности, но и сверхтрудная жизненная ситуация, переломный момент, меняющий как сложившийся образ жизни, так и вносящий существенные изменения в психологический статус личности [26]. Ключевые характеристики болезни зачастую затрагивают все социальные аспекты жизни. Вследствие заболевания человек «выпадает» из круга привычных и значимых социальных связей, например, семьи, профессионального коллектива, круга друзей и т.д. Как правило, меняется восприятие и отношение больного к окружающим его событиям и самому себе [47].

Для того чтобы минимизировать влияние болезни и создать условия для компенсации возникших дефицитарных состояний, особое внимание уделяется изучению проблемы реабилитации больных и инвалидов. В силу своей медико-социальной важности эта проблема нашла отражение в соответствующих документах ООН, законодательных актах государств, материалах конференций, симпозиумов и других изданиях [58].

В литературе можно встретить многочисленные определения понятия «реабилитация» (П.А. Маккавейский, 1972; Г.С. Юмашев, К. Ренкер, 1973; А.Ф. Каптели, Л.А. Ласская, 1979 и др.). Реабилитация – сложный, многофакторный процесс, включающий в себя различные аспекты, объединить которые одной формулировкой крайне сложно. П.А. Маккавейский, анализируя категорию «реабилитация», ссылается на 60 формулировок,

что свидетельствует о разном понимании этого термина и отсутствии определения, которое было бы общепризнанным [43].

Термин «реабилитация» происходит от приставки *re* (восстановление, повтор) и корня *habilis* (способность, удобство, приспособленный). Первоначально он использовался в юриспруденции и означал «восстановление в правах». В последующем он стал употребляться и в современном (чаще медицинском) значении. Согласно определению ВОЗ, *реабилитация* представляет собой совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций в результате болезней, травм и врожденных дефектов приспособление к новым условиям жизни [58].

Реабилитация является системой государственных, социально-медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду [45; 58]. Динамическая же система взаимосвязанных аспектов реабилитации (клинического, физического, психологического, трудового) должна быть направлена на достижение конечной цели – восстановление статуса личности [11]. Понятие «реабилитация» приобрело всемирное признание, следствием чего стало образование в 1960 г. международной организации реабилитации инвалидов, охватившей около 60 стран.

Идеология реабилитации за последние годы претерпела значительную эволюцию. Если в 40-е годы основой политики в отношении хронически больных и инвалидов были их защита и уход за ними, то с 50-х годов XX ст. начала развиваться концепция интеграции больных и инвалидов в обычное общество; особый упор сделан на их обучении, получении ими технических подсобных средств. В 70–80-е годы XX ст. зарождается идея максимальной адаптации окружающей среды под нужды больных и инвалидов, всесторонней законодательной поддержки инвалидов в сфере образования, здравоохранения, социальных услуг и обеспечения трудовой деятельности. Постепенно происходит переход от чисто медицинского подхода в понимании реабилитации к социальной модели, в рамках которой реабилитация рассматривается не только как восстановление трудоспособности, но и как восстановление всех социальных способностей индивида [11].

Биологизация болезни, редукция ее понимания до уровня организма широко реализовывалась на практике, в частности в организации реабилитационных центров. Бесспорно, роль «долечивающей» восстановительной терапии не следует преуменьшать, однако она не может подменить личностно ориентированную концепцию индивидуальной программы реабилитации как системного многоуровневого процесса, включающего не только биологические, но и личностно-социальные аспекты жизни больного.

Болеющий человек часто рассматривался как пассивный объект приложения «системы мероприятий». Поэтому глубоко не анализировались индивидуальные особенности системы отношений больного, его уровня притязаний, шкалы ценностей, представлений о личностном и социальном комфорте и возможностях его достижения в ситуациях болезни, инвалидности. Напротив, больному и инвалиду цели реабилитации в достаточно жесткой форме предлагались извне, без учета его личностной заинтересованности, преимущественно в зауженном русле социально-трудовой и профессиональной реабилитации. Упоминание о «возвращении в общество» на практике сводилось к трудовым рекомендациям [60; 64]. Однако жизнь человека не может и не должна рассматриваться только через призму его способности или неспособности трудиться. Жизнедеятельность многоаспектна и включает широкий круг функций, среди которых важное для человека значение имеют: самообслуживание, передвижение, ориентация, общение, контроль своего поведения, способность к обучению и трудовой деятельности [39].

На данный момент итоговым является определение реабилитации, принятое в результате обсуждения в ООН «Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов» (приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20.12.1993): «Реабилитация означает процесс, имеющий целью предоставить инвалидам возможность достичь оптимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности и поддерживать его, тем самым предоставляя им средства, призванные изменить их жизнь и расширить рамки их независимости. Реабилитация может включать меры по обеспечению и/или по восстановлению функций или компенсации утраты или отсутствия функций или функционального ограничения. Процесс реабилитации не предполагает лишь оказание медицинской помощи. Он включает в себя широкий круг мер и деятельности» [58, с. 7].

Обобщая вышеизложенные трактовки понятия «реабилитация», мы можем говорить о необходимости рассмотрения данного термина в русле системного подхода. И с точки зрения системного подхода под реабилитацией следует понимать сочетание взаимосвязанных медицинских, психологических, педагогических и социально-экономических действий, помогающих нивелировать или компенсировать ограниченную функциональность индивида, с целью восстановления утраченного социального положения в обществе.

С точки зрения медицины реабилитация – это завершающий этап общего лечебного процесса, где весьма важно оценить эффективность лечения, воздействия на организм, прежде всего в плане восстановления личностного и социального статуса больного. Правильное, рациональное сочетание физических и психических методов воздействия на конкретного больного влияет самым непосредственным образом на успех в лечении распространенных тяжелых хронических заболеваний, в том числе в полном

или частичном восстановлении трудоспособности. Реабилитация основана на партнерстве врача и пациента, разноплановости усилий и воздействий, направленных на все сферы жизнедеятельности [7; 51].

Психологические меры реабилитации направлены на ускорение процесса психологической адаптации к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации, профилактику и лечение развивающихся патологических психических изменений. Психологическое сопровождение реабилитационных мероприятий широко использует потенциал личности больного, требующий от него значительных повседневных усилий. Активное развитие и поддержание установки больного на реабилитацию – неперемное условие успешной ее реализации (М.М. Кабанов, 1985; О.Г. Кочан, В.Л. Найдин, 1988; А.Н. Белова, О.Н. Щепетова, 1988 и др.) [67].

Эффективность реабилитационных программ и мероприятий во многом зависит от реакции человека на заболевание, от преморбидных особенностей личности, от ее защитных механизмов. Крайне важной является оценка психологического статуса индивида, который дает возможность выделить больных, особенно нуждающихся в длительных курсах психотерапевтических мероприятий, направленных на снятие тревоги, невротических реакций, на формирование адекватного отношения к заболеванию и восстановительным мероприятиям. Характер проявлений и течение заболевания связаны со свойствами личности и особенностями социально-психологической ситуации, в которой находится человек. Формирование различных расстройств в состоянии здоровья зависит от характера и интенсивности эмоционального стресса, переживаемого человеком. Важная цель психологической помощи инвалидам – обучение больного самостоятельно решать встающие перед ним проблемы в отношении профессиональной деятельности и семейной жизни, ориентация на возвращение к труду и в целом к активной жизнедеятельности [62].

О результативности психологического компонента реабилитации можно говорить при наличии сформированной адекватной оценки своих возможностей, стойкой трудовой направленности, исчезновения «рентных» установок (вызванных, как правило, незнанием своих возможностей, неприспособленностью к новым условиям жизни).

В свою очередь, неадекватные психологические реакции на болезнь и патологическое развитие личности становятся серьезным барьером на пути к реабилитации, поэтому без психологических методов невозможно добиться успешной реабилитации в целом ряде случаев. Это – страхи перед физической нагрузкой у больных, «уход в болезнь» при длительном стационарном лечении, депрессия, отсутствие мотивации к преодолению болезни и ее последствий, низкая приверженность больных к участию в программах медицинской реабилитации, формирование рентных установок у инвалидов. К этому следует добавить, что соматические заболевания и травмы достаточно часто сопровождаются психическими изменениями,

значительно затрудняющими проведение реабилитации. Они не позволяют добиться достойного качества жизни больных и инвалидов – конечной цели реабилитации [19].

Психологический компонент реабилитации обеспечивается различными психологическими механизмами личности, которые позволяют не только преодолевать ограничения, вызываемые заболеванием, но и полностью или частично быть включенным в различные сферы жизнедеятельности. Мотивационно-потребностная сфера личности является в этом процессе основополагающей, за счет нее возможно компенсировать дефицитность других составляющих [68]. Эмоционально-волевая сфера выступает также значимой составляющей психологического реабилитационного потенциала индивида, она отражает энергетические возможности человека с позиции его отношения к намеченным целям реабилитации и реабилитационному процессу в целом, а также способность к волевым усилиям [79].

Психологическое сопровождение процесса реабилитации проводится, прежде всего, врачами и клиническими психологами в тесном содружестве с другими специалистами, участвующими в программе комплексной реабилитации.

Среди задач, которые возникают при психологической реабилитации, выделяют следующие:

- психологическая поддержка (в первые дни болезни, при объявлении диагноза, перед операцией и после нее, при вертикализации пациента, перед выпиской из стационара, при возвращении на работу и др.);
- формирование адекватных личностных реакций на болезнь;
- повышение приверженности проводимому лечению;
- формирование установок на активное участие в программах реабилитации, на своевременное возвращение к труду (учебе), на восстановление своей роли в семье и социально-трудовом окружении.

Уже на начальном этапе реабилитации должна проводиться психодиагностика, которая позволяет выделить больных, нуждающихся в наблюдении и психокоррекции [27; 47; 67]. Она позволяет индивидуализировать программы психологической реабилитации и осуществлять контроль над психологическим состоянием больных в процессе ее проведения. Без знания индивидуальных особенностей личности (установок, представлений о мире, уровня зрелости, уровня развития его защитных адаптивных механизмов и др.) невозможно понять особенности адаптивных процессов, а в целом – возможности жизнедеятельности человека. Важно рассматривать инвалидность в двух плоскостях: клинической (медицинской) и психологической. При таком подходе психолог не дублирует врача, а дополняет его деятельность своей специфической психологической работой, имеющей свои цели, содержание и средства [74; 84; 88].

Так как инвалид – это личность, находящаяся в состоянии кризиса психологических механизмов адаптации, то целью психологической

коррекции на следующем этапе взаимодействия является восстановление способности человека к адаптации, в том числе и социально-бытовой, не ограничивающейся пассивным приспособлением к среде, а предполагающей активное взаимодействие с ней. Среди методов важная роль принадлежит так называемой «малой» психотерапии, содержание которой определяется особенностями заболевания, психологического состояния больных и, конечно же, задачами, решаемыми на разных этапах реабилитации [80].

Социальные меры реабилитации представлены вопросами влияния социальных факторов на развитие и течение болезни, социального обеспечения трудового и пенсионного законодательства, взаимоотношений больного и семьи, общества и производства.

Уровень социальной независимости человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности является показателем его интеграции в общество и во многом зависит от реабилитационного потенциала социальной среды, т.е. возможности общества предоставить человеку с риском инвалидности или инвалиду максимально равные, по сравнению со здоровыми людьми, возможности во всех социальных сферах: общественной, профессиональной, бытовой [9].

Социализация личности осуществляется во взаимодействиях таких типов, как «индивид–индивид», «индивид–группа», «индивид–общество», что указывает на невозможность изолированности этого процесса. Обязательными элементами социально-бытовой адаптации являются такие процессы, как восприятие ситуации, усвоение новых форм поведения, психологическая переориентация личности, которая включает процессы изменения прежних и формирования новых социальных установок [73].

Социальные меры реабилитации инвалида – комплекс мер, направленных на создание условий, позволяющих инвалиду преодолеть ограничение жизнедеятельности путем замещения утраченных функций, а также обеспечивающих поддержание на определенном уровне его здоровья, трудоспособности, бытовой и трудовой адаптации и приспособления внешней среды к возможностям инвалида. Целью социальных мер являются достижение инвалидом независимого образа жизни, восстановление личности.

Социальные меры реабилитации предусматривают изучение влияния социальных условий на болезнь (травму), выявление механизмов их действия, что, в свою очередь, дает возможность устранить причины, мешающие эффективному восстановлению личности в обществе. К социальным мерам относятся многие вопросы [32]:

- влияние социальных факторов на развитие и последующее течение болезни, на эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий;
- социальное обеспечение инвалидов;
- вопросы трудового и пенсионного законодательства;
- взаимоотношения инвалида и социума;

- обеспечение средствами передвижения, протезно-ортопедической помощью, сурдотехникой, другими техническими средствами для труда, быта, обучения, досуга, физкультуры, спорта, духовно-нравственного развития;
- обеспечение медико-социального ухода, проживания или пребывания в специализированных учреждениях социальной защиты и неограниченно широкий спектр других видов и форм социальной помощи и услуг, направленных на содействие интеграции инвалида в общество;
- решение вопросов «больной–общество», «больной–семья», «больной–производство» [73].

Система реабилитации инвалидов включает централизованные и децентрализованные организационные формы реабилитации. Централизованные формы предполагают осуществление реабилитационных мероприятий в центрах медико-социальной и профессиональной реабилитации инвалидов. Реабилитация в децентрализованных формах осуществляется на территории проживания инвалидов с использованием возможностей местных органов здравоохранения, социального обеспечения, труда, занятости, учебных заведений, промышленности и т.д. [55].

Таким образом, реабилитация предусматривает системный и комплексный подход, определенную биопсихосоциальную модель последствий болезни, которая определяет здоровье и болезнь как результат взаимодействия физиологических, психологических и социальных процессов. Сущность реабилитации – не только (или не столько) восстановление здоровья, сколько восстановление или создание возможностей для социального функционирования [86; 88].

Реабилитация позволяет активизировать приспособительные и компенсаторные механизмы, которые обеспечивают динамический процесс, ведущий к возврату человека к прежнему состоянию в клиническом, социальном, психологическом плане.

Анализируя жизнедеятельность взрослых людей с ОФВ, мы пришли к выводу, что значительные периоды их жизни не связаны с организованными формами реабилитации. Люди разных возрастных групп и стажа инвалидности поддерживают свою активность мерами **самореабилитации**, опираясь на свой личностный потенциал, с разной степенью успешности справляясь с психологическими проблемами и организуя взаимодействие с социальным окружением. В связи с этим мы считаем целесообразным использовать понятия «самореабилитация» и «реабилитационный потенциал личности».

Реабилитационный потенциал. Собственно, механизмы восстановления нарушенного здоровья, трудоспособности, личного статуса и положения в обществе или, другими словами, возможности индивида компенсировать ограничения жизнедеятельности и являются *реабилитационным потенциалом лиц с ограниченными возможностями*.

Вопрос о содержании и критериях оценки реабилитационного потенциала до настоящего времени остается дискуссионным и недостаточно разработанным. Проблема реабилитационного потенциала инвалидов и ранее привлекала внимание ученых (В.П. Белов, Д.Е. Мелехов, М.М. Кабанов), однако практически все исследования были выполнены в русле медицинской науки и в большей степени касались аспектов медицинской реабилитации.

Уточнение понятия реабилитационного потенциала является необходимой предпосылкой не только для установления прогноза и правильного построения реабилитационной программы, но и для адекватной организации реабилитационного процесса (Вайман Л.И., 1977). Однако до настоящего времени термин «реабилитационный потенциал» встречается чаще в научной литературе и не находит должного применения в практической медицине и практике реабилитации инвалидов [52].

Анализ научной литературы показал наличие нескольких направлений в определении понятия «реабилитационный потенциал». Одними из первых, кто в 1973 г. начал использовать в научной лексике названный термин, были В.П. Белов, И.Н. Ефимов. Они подразумевали под реабилитационным потенциалом комплекс биологических, личностных и социально-средовых факторов, выступающих основанием для социализации больного [5].

По мнению М.В. Коробова, реабилитационный потенциал – это способность больного человека при содействии реабилитационных служб и общества в целом привести биологические и социально-психологические резервы к мобилизации механизмов, лежащих в основе восстановления его нарушенного здоровья, трудоспособности, статуса и положения в обществе [34].

Российский психиатр и специалист в области медико-социальной экспертизы и реабилитации Р.М. Войтенко, в свою очередь, рассматривает реабилитационный потенциал человека, находящегося в ситуации хронического заболевания, как его возможности (медико-биологические, социальные, психологические) нивелировать, уменьшать или компенсировать социальную недостаточность и (или) ограничения жизнедеятельности [11]. В последующем ученый реализовал идею конкретизации структурных компонентов реабилитационного потенциала, выделив при этом организм, личность, индивид.

Обобщая вышеперечисленные трактовки понятия «реабилитационный потенциал», его можно представить в виде показателя суммированных и сохранных, вопреки заболеванию, ресурсных возможностей личности мобилизовать процессы компенсации и адаптации, направленные на улучшение состояния здоровья, восстановление функциональности, личностного и социального статуса в обществе.

Оценка реабилитационного потенциала предполагает многофакторную клиническую, психологическую и социальную диагностику, прогностическую оценку способностей и возможностей больных на продолжительные ремиссии, выздоровление, реадаптацию и возвращение к общественно полезной деятельности. Реабилитационный потенциал базируется

на объективных данных о наследственности, преморбидном состоянии, соматическом состоянии, виде, тяжести и последствиях заболевания, особенностях личностного (духовного) развития и социальном статусе больных [41].

В связи с этим многочисленными исследователями (Е.М. Старобина, С.А. Стеценко, Е.Г. Свистунова, Е.О. Гордиевская, К.А. Каменков, Н.Н. Лебедева, Л.В. Скавронская, В.Л. Щебетаха, О.С. Андреева) в структуре реабилитационного потенциала инвалида выделяются:

- **саногенетический (биологический) потенциал** как реабилитационные возможности организма;
- **психологический потенциал** как реабилитационные возможности личности;
- **социально-средовой потенциал** как реабилитационные возможности общества.

В данном случае очевидно, что саногенетический и психологический уровни реабилитационного потенциала характеризуют соответствующие ресурсы самого индивида, а социально-средовой – ресурсы общества (микросреды пациента, экономических условий и т.п.), содействующие актуализации саногенетического и психологического реабилитационных потенциалов.

При определении реабилитационного потенциала, как правило, выделяют три уровня, характеризующие реабилитационные возможности инвалида относительно определенных видов жизнедеятельности:

- **высокий реабилитационный потенциал** определяется реальной перспективой практически полного восстановления нарушенных функций, способности к трудовой деятельности и социально-бытовой активности или высокой степенью восстановления конкретного вида жизнедеятельности в процессе проведения реабилитационных мероприятий;
- **умеренно выраженный реабилитационный потенциал** определяется при реальной перспективе достаточно значимого восстановления функций (легкий или умеренный дефект), незначительного ограничения бытовой активности и трудоспособности (снижение квалификационных возможностей и объема выполняемой работы) в процессе реабилитации;
- **низкий реабилитационный потенциал** определяется при ограниченной возможности сколько-нибудь существенного восстановления функции, при утрате способности к профессиональному труду, невозможности обеспечить независимое существование и преодолеть ограничения жизнедеятельности в результате проведения реабилитационных мероприятий [31].

Отметим, что в литературе встречаются и варианты выделения четырех уровней реабилитационного потенциала: высокого, среднего (или удовлетворительного), низкого и практически отсутствующего. В этом случае на основании всей совокупности факторов, характеризующих возможности инвалида к реабилитации, реабилитационный потенциал оценивается как:

- **высокий** – полное выздоровление, восстановление всех обычных для человека видов жизнедеятельности, трудоспособности и социального положения. Это полная реабилитация;

- **удовлетворительный** – неполное выздоровление с остаточными проявлениями в виде умеренно выраженного нарушения функций. Выполнение основных видов деятельности при более длительных затратах времени с использованием при необходимости вспомогательных технических средств, ограничение трудоспособности, снижение уровня жизни. Имеется потребность в социальной помощи, поддержка и потребность к материальной помощи. Это частичная реабилитация с I, II групп в III группу инвалидности;
- **низкий** – это медленно прогрессирующее течение хронического заболевания, выраженное нарушение функций, ограничение в выполнении большинства видов, способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях, снижение способности к социальному интегрированию, потребность к социальной поддержке и социальной помощи;
- **отсутствие реабилитационного потенциала** – это прогрессирующее течение заболевания, резко выраженное нарушение функций организма, невозможность самостоятельно выполнять основные виды деятельности. Утрата трудоспособности, потребность в постоянной посторонней помощи и зависимость от других лиц [71].

Таким образом, оценка содержания и уровня реабилитационного потенциала личности является необходимым условием не только для адекватной организации реабилитационного процесса, но и для прогноза успешности самореабилитации лиц с ОФВ на протяжении жизни.

1.5 Психологические компоненты реабилитационного потенциала

Анализ теоретических подходов к реабилитации и практики организации реабилитационного процесса показывает, что многие исследователи и специалисты различают ряд основных аспектов реабилитации: медицинский, психологический, социальный и профессиональный. В этом ряду многими авторами подчеркивается важная, а зачастую и фундаментальная роль психологического аспекта реабилитации, так как именно психологические механизмы личности, их качественные особенности определяют возможность преодоления соответствующих ограничений, возможность полноценного включения человека в различные сферы жизнедеятельности.

При таких обстоятельствах именно определенные потенциальные возможности личности выступают существенным и необходимым условием для приспособления к ситуации инвалидизирующего заболевания в физическом, социальном и психологическом плане. От того, насколько человек способен адаптироваться к новой жизненной ситуации, зависит не только слаженное функционирование организма как биологической системы, но и личности в целом [81; 90].

В последние годы представители гуманитарных наук, в том числе психологии, все больше внимания обращают на сферу «возможного».

В число новых и еще недостаточно осмысленных категорий, адекватных для этого этапа развития психологической науки, входит и понятие потенциала [35]. Термины «потенциал», «потенции» не тождественны понятию «возможность», однако содержательно раскрываются через соотнесение с ним. «Потенция в отличие от возможности – есть возможность, обладающая одновременно силой на свое осуществление» [44, с. 151]. Потенция, таким образом, является разновидностью возможности, то есть тоже ростком будущего; вместе с тем потенция выступает в качестве самоактуализирующейся возможности.

Идея изначально заложенных в организме врожденных самоактуализирующихся потенций (potentialities), введенная в конце 1930-х гг. К. Гольдштейном, стала ключевым объяснительным принципом в теориях самоактуализации А. Маслоу и К. Роджерса и во многом определила облик сформировавшегося в конце 1950-х гг. движения гуманистической психологии (см. подробнее: Леонтьев, 2002). Процесс разворачивания и раскрытия заложенных потенций описывался в русле этого подхода в терминах «полноценное человеческое функционирование» (К. Роджерс), «самоактуализация» (К. Гольдштейн, А. Маслоу), «самореализация» (Ш. Бюлер), «личностный рост» (К. Роджерс, К. Мустакас). Прикладная ветвь этого движения получила известность под названием «движение человеческого потенциала». По мнению гуманистических психологов, человеческим потенциалом обладает каждый человек, индивидуальные же различия состоят лишь в степени его раскрытия или личностной зрелости [37].

Сейчас проблема потенциальных возможностей человека приобрела новое звучание в связи с ростом темпа и разнообразия изменений во всех сферах жизни. Более динамичный мир сегодня побуждает по-новому подходить к решению этой старой проблемы, ставя во главу угла динамические аспекты личности – готовность к желательным изменениям и устойчивость к нежелательным, а новые подходы к личностным характеристикам и их измерению открывают новые перспективы для решения этой задачи. В частности, к числу этих подходов относится позитивная психология – направление в психологии, развивавшееся в последние десятилетия, доказывающее несводимость закономерностей позитивного развития человека к устранению проблем и нарушений и задающее новую проблемную область – позитивные состояния, черты личности и социальные институты [61].

Проблема личностного потенциала, постепенно приходящая на смену проблеме человеческого потенциала, представляет собой современную постановку сравнительно традиционной проблемы психологических факторов и механизмов динамической устойчивости и эффективности деятельности личности в изменяющемся мире.

Обобщая взгляды ряда исследователей личностного потенциала, С.В. Величко отмечает, что с позиций психологии потенциал выступает как психологическое явление, представляющее собой процесс непрерывного

самосовершенствования и стремления к достижению вершин личностного, профессионального развития человека и реализации творческих возможностей и способностей [10]. Общим во всех проанализированных подходах автор считает изучение потенциала как активно проявляемого индивидом в окружающей среде ресурса, который формируется под воздействием субъективных и объективных, то есть внутренних и внешних, факторов.

По мнению Д.А. Леонтьева, когда мы говорим о личностном потенциале, речь идет не столько о базовых личностных чертах или установках, сколько об особенностях системной организации личности в целом, о сложной ее архитектонике, основанной на сложной схеме опосредствования. Путь к решению проблемы личностного потенциала лежит через смычку, с одной стороны, экзистенциальной психологии, а с другой – культурно-исторической психологии Л.С. Выготского. Личностный потенциал (ЛП) – это интегральная системная характеристика индивидуально-психологических особенностей личности, лежащая в основе способности личности исходить из устойчивых внутренних критериев и ориентиров в своей жизнедеятельности и сохранять стабильность смысловых ориентаций и эффективность деятельности на фоне давлений и изменяющихся внешних условий. Это способность человека проявлять себя в качестве личности, выступать автономным саморегулируемым субъектом активности, вносить целенаправленные изменения во внешний мир и сочетать устойчивость к воздействию внешних обстоятельств и гибкое реагирование на изменения внешней и внутренней ситуаций. Понятие ЛП содержательно раскрывает идею «изменяющейся личности в изменяющемся мире» (А.Г. Асмолов, 1990). Оно идет на смену понятию адаптации, подразумевая сложные механизмы совладания с изменчивой действительностью – не только приспособление к заданным условиям, но и готовность к их изменению, и способность к самостоятельному созданию необходимых условий. Способность человека выполнять задуманное вне зависимости от внешних условий, в том числе в неблагоприятных условиях, является неоспоримой ценностью как во многих областях профессиональной деятельности, так и в повседневной жизни [37].

Психологическая составляющая реабилитационного потенциала человека с ограниченными возможностями призвана определить ресурсы личности для осуществления как реабилитации, так и самореабилитации.

Стоит отметить, что только в последние десятилетия в условиях изменения современной концепции инвалидности исследователи стали активно говорить о значении психологического аспекта реабилитации и психологическом реабилитационном потенциале инвалидов (Н.Б. Шабалина, 2000; Р.М. Войтенко, 2001; Е.М. Старобина, С.А. Стеценко, 2002). Сегодня непосредственно на медицинский и социальный аспекты реабилитации не возлагается вся ответственность за результативность процесса реабилитации. Несомненно, они продолжают играть весьма значимую роль,

но центральное место в данном процессе все чаще отводится психологическому профилю личности больного и его психологическому реабилитационному потенциалу [52; 53].

На данный момент нет универсального определения понятия «психологический реабилитационный потенциал», нет единой модели компонентного состава данного понятия. Чаще всего исследователи рассматривают психологический реабилитационный потенциал с позиций холистического подхода (З. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер, К. Хорни, Я. Морено, К. Роджерс) как комплекс познавательных процессов, эмоционально-волевой сферы личности, совокупность адаптационных возможностей личности, личностной направленности, заинтересованности, готовности к психологической работе над собственной личностью и открытостью к получению нового опыта, определяющие степень возможного восстановления и продуктивной интеграции в современный социум [46].

Рассмотрение вопроса о психологическом реабилитационном потенциале личности не может ограничиваться теоретическими описаниями. Понимание психологического реабилитационного потенциала, по Р.М. Войтенко, как способности индивида личностно опосредовать, преломлять в собственной деятельности конкретные мероприятия по достижению реабилитационных целей – социально-психологических и медико-биологических [11] не раскрывает, на наш взгляд, содержания и значения психологического потенциала в процессе жизнедеятельности человека в новых условиях.

Определение содержания и уровня психологического реабилитационного потенциала имеет ценность и для самого инвалида, так как указывает человеку на те скрытые личностные ресурсы, за счет которых возможны компенсация ограниченных возможностей, самореабилитация и самореализация в новой для него социальной ситуации развития.

Наряду с уровнем выраженности, психологический реабилитационный потенциал, являясь составляющей реабилитационного потенциала, характеризуется собственной внутренней **структурой**.

К компонентам психологического или личностного реабилитационного потенциала относят особенности психических процессов (восприятия, памяти, внимания, мышления); специфику внутренней картины болезни (представлений больного о сущности и степени тяжести заболевания, возможностях реабилитации и адаптации); личностные особенности (темперамент, характер, специфику ценностно-смысловой, мотивационно-потребностной, эмоциональной сфер).

Е.М. Старобина, Е.Г. Свистунова и другие включают в состав психологического реабилитационного потенциала следующие составляющие:

- **интеллектуальный компонент**, который обеспечивает уровень понимания реабилитантом проблем, связанных с заболеванием, инвалидностью, и возможности их разрешения посредством реабилитационных

мероприятий. Интеллектуальный реабилитационный потенциал зависит от уровня состояния когнитивных процессов и уровня интеллекта;

- **эмоционально-волевой компонент**, определяющий энергию реабилитанта в достижении целей и задач реабилитации, чувственную окрашенность отношений к этим целям и задачам, а также к отдельным реабилитационным мероприятиям и зависит от индивидуально-психологических особенностей личности, эмоциональных состояний и волевых процессов;

- **мотивационный компонент**, который определяет направленность на достижение целей и задач реабилитации и представляет собой совокупность целей, установок, мотивов и потребностей, актуальных для реабилитанта в аспекте различных итогов, результатов реабилитации и зависит от ценностно-мотивационных характеристик личности, системы личностных отношений в целом [3; 67].

Е.А. Залученова, Н.Б. Шабалина полагают, что при оценке психологического реабилитационного потенциала следует определять следующие уровни нарушений психологического статуса индивида:

- **операциональный** (свойства нервной системы, темперамент, высшие психические функции, исполнительная сторона деятельности и учет сенсорных и перцептивных особенностей индивида);

- **эмоционально-волевой** (эмоции, аффекты, чувства и настроения, степень деструктивного влияния эмоций на протекание деятельности индивида, а в целом эмоциональная устойчивость);

- **личностный** (общая направленность личности на себя, на общение, на дело; уровень активности, мотивации, сфера интересов, особенности социально-психологической адаптации, связей с микро- и макросоциумом) [21].

Наиболее полно структура реабилитационного потенциала описана Ж.В. Порохиной и О.Н. Гудилиной. Согласно Ж.В. Порохиной, изучавшей реабилитационный потенциал больных с тяжелыми формами сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к инвалидности, психологический реабилитационный потенциал как система индивидуально-психологических характеристик включает девять компонентов: отношение к болезни, нервно-психическое состояние, самооценку, уровень притязаний, реактивную тревожность, личностную тревожность, локус контроля, характер взаимоотношений с ближайшим социальным окружением, удовлетворенность профессиональной деятельностью [52; 53]. Все эти индивидуально-психологические характеристики, для того чтобы стать ресурсными, должны достигнуть определенного уровня развития или соответствовать оптимальному для жизнедеятельности типу.

В свою очередь О.Н. Гудилина, изучавшая реабилитационный потенциал подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата, определяет личностный реабилитационный потенциал как систему личностных характеристик реабилитанта, позволяющих ему активно и эффективно

участвовать в процессе комплексной реабилитации, а также адаптироваться к изменяющимся условиям среды [16], к компонентам, выделенным Ж.В. Порохиной, добавляет еще четыре: мотивацию достижения, осмысленность жизни, жизнестойкость, временную перспективу.

Рассматривая реабилитационный потенциал личности, И.Ю. Кулагина и Л.В. Сенкевич в свою очередь выделили следующие пять компонентов [35] (рисунок 1.5.1).

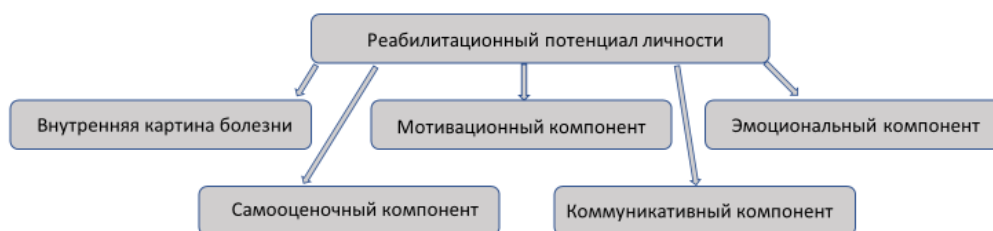


Рисунок 1.5.1 – Компоненты реабилитационного потенциала личности

Внутренняя картина болезни (ВКБ) – определение, введенное Р.А. Лурией [40], близкое к понятию «восприятие болезни», используемому в западной психологии (MossMorris, 2002; Weinman, 1996). В данном случае делается акцент на когнитивном (представления о болезни, ее причинах, протекании и последствиях) и эмоциональном (отношение к болезни и образу жизни больного человека) аспектах внутренней картины болезни. Таким образом, под внутренней картиной болезни понимается комплекс представлений и переживаний субъекта по поводу имеющегося заболевания, обуславливающий специфику его личностной активности.

Мотивационный компонент включает в себя оценку мотивации человека по внешнему и внутреннему локусам, которые способны объяснить нацеленность на лечение и выздоровление больного. Экстернальный локус (внешний) доминирует в случае склонности человека приписывать причины происходящего внешним факторам: окружающей среде, судьбе или случаю. Интернальный локус (внутренний) характеризуется тем, что ответственность за происходящие события в жизни человек в большей мере принимает на себя, объясняя их своим поведением, характером, способностями [69].

При анализе мотивации в контексте определения реабилитационного потенциала личности важно рассматривать ее в следующих аспектах. Во-первых, относительно основных целей и задач реабилитации, когда последние будут включать в себя цели и медицинской, и профессиональной, и социальной реабилитации. Во-вторых, мотивацию относительно реабилитации следует изучать во взаимосвязи с другими ведущими жизненными мотивами реабилитанта, в плане их соответствия друг другу. В-третьих, данную мотивацию необходимо анализировать в ракурсе ее значения для универсальных видов деятельности, которые играют важную роль в решении реабилитационных задач. В-четвертых, факт отрицательной мотивации на реабилитацию должен не только констатироваться,

но и анализироваться в плане причин, механизмов ее формирования. Благодаря мотивационному компоненту возможна компенсация нарушений не только в других составляющих психологического реабилитационного потенциала, но и компенсация недостаточного уровня других аспектов реабилитационного потенциала: медицинского, социального, профессионального.

Эмоциональный компонент. Данный компонент, с одной стороны, предопределяет изначальную позицию инвалида в отношении реабилитации, а с другой – непосредственно влияет на характер иных составляющих реабилитационного потенциала личности и зависит от индивидуально-психологических особенностей личности и эмоциональных состояний. Уровень эмоционального компонента определяется доминированием соответствующих негативных или позитивных переживаний, их интенсивностью, степенью устойчивости, эмоциональной возбудимостью, тревожностью и возможностью регуляции различных эмоциональных проявлений.

В *самооценочный компонент* входят представления о своих наиболее значимых качествах и отношении к себе, субъективное отношение к своему физическому ограничению, осмысленность жизни, оценка своих возможностей, жизненные планы личности и др.

Коммуникативный компонент раскрывает специфику значимых социальных связей и динамику межличностных отношений во время болезни, удовлетворенность этими отношениями.

Таким образом, психологический реабилитационный потенциал можно определить как комплекс индивидуально-психологических черт личности и социально-психологических отношений, являющийся основным фактором, способствующим самореализации человека в условиях жизни с инвалидизирующим заболеванием.

Очевидно, что вопрос о компонентном составе психологического реабилитационного потенциала остается дискуссионным и в настоящее время. Отметим, что ресурсный подход, часто используемый при организации процессов реабилитации, предполагает опору именно на реабилитационный потенциал личности. Несмотря на то, что в практической деятельности психологов, работающих в системе экспертизы и реабилитации, определение уровня психологического реабилитационного потенциала имеет большое значение, процесс этот, по мнению специалистов, носит в значительной степени интуитивно-эмпирический характер. Именно поэтому возникает необходимость теоретического анализа и эмпирического подтверждения содержания и структуры данного понятия.

На основании анализа литературных источников и данных собственных эмпирических исследований мы выделили личностные ресурсы, выступающие, на наш взгляд, детерминантами самореабилитации взрослых лиц с ОФВ. На наш взгляд, перечисленные ниже характеристики являются значимыми компонентами психологического реабилитационного потенциала:

- 1) тип отношения к болезни;
- 2) жизнестойкость;

- 3) осмысленность жизни;
- 4) копинг-стратегии;
- 5) временная перспектива;
- 6) диспозиционный оптимизм;
- 7) рефлексивность.

Дадим краткое описание названных характеристик.

Тип отношения к болезни вытекает из понятия «сознание болезни», что и формирует соответствующее реагирование на болезнь. Отношение к болезни складывается из восприятия больным своей болезни, ее оценки, связанных с ней переживаний и вытекающих из такого отношения намерений и действий [63]. Эта характеристика используется в медицинской модели реабилитации и имеет клиническую специфику.

Жизнестойкость (hardiness) представляет собой систему убеждений о себе, мире, отношениях с ним. Это диспозиция, включающая в себя три сравнительно автономных компонента: *вовлеченность*, *контроль*, *принятие риска*. Выраженность этих компонентов и жизнестойкости в целом препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания (hardy coping) со стрессами и восприятия их как менее значимых. *Вовлеченность* (commitment) определяется как «убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти стоящее и интересное для личности» (Maddi, 1998; Maddi, 2002). Человек с развитым компонентом вовлеченности получает удовольствие от собственной деятельности. В противоположность этому отсутствие подобной убежденности порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни. *Контроль* (control) представляет собой убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего. Противоположность этому – ощущение собственной беспомощности. Человек с сильно развитым контролем ощущает, что сам выбирает собственную деятельность, свой путь. *Принятие риска*, или вызов (challenge), – убежденность в том, что все происходящее способствует развитию – за счет извлекаемых из опыта (неважно, позитивного или негативного) знаний. Человек, рассматривающий жизнь как способ приобретения опыта, готов действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, считая стремление к простому комфорту и безопасности обедняющим жизнь личности. В основе принятия риска лежит идея развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование.

Мадди (Maddi, 1998) подчеркивает важность выраженности всех трех компонентов для сохранения здоровья и оптимального уровня работоспособности и активности в стрессогенных условиях. Можно говорить как об индивидуальных различиях выраженности каждого из трех компонентов, так и о необходимости их согласованности между собой и с общей (суммарной) мерой жизнестойкости [37].

Осмысленность жизни. Согласно Д.А. Леонтьеву, «осмысленность жизни» может эмпирически характеризоваться суммарным показателем

выраженности так называемых смысложизненных ориентаций, три из которых связаны с временной локализацией смысловых ориентиров (в настоящем, прошлом и будущем), а два – описывают преобладающий локус контроля (экстернальный, интернальный). Осмысленность жизни является показателем благоприятного развития и жизнедеятельности личности. Показателем ее автономности, независимости. Смысл жизни, смысловая сфера личности и общий уровень осмысленности жизни выступают интегрирующими характеристиками личности, которые определяют отношение к действительности, к происходящим событиям и на основе которых выстраивается поведение человека [37].

Копинг-стратегии. Копинг-стратегии относятся к медиаторным факторам, играющим промежуточную роль между более обобщенными психологическими конструктами и результатом поведения. Копинги обеспечивают функцию совладания. Это обеспечение происходит в ситуации стресса и проявляется на уровне поведения. Помимо этого, копинги тесно связаны с функцией реализации деятельности – особенно в условиях ее затруднения, возникновения трудностей. Вместе с тем копинг-стратегии могут способствовать тому, что человек замечает потенциальные трудности и возможности для развития [81].

Временная перспектива. По определению Ф. Зимбардо, «временная перспектива – это зачастую неосознанное отношение личности ко времени и это процесс, при помощи которого длительный поток существования объединяется во временные категории, что помогает упорядочить нашу жизнь, структурировать ее и придать ей смысл» [22, с. 58]. Временная перспектива отражает установки, убеждения и ценности, связанные со временем. Ф. Зимбардо определяет шесть временных перспектив, наиболее характерных для западного мира. Две из них относятся к прошлому: *временная перспектива негативного прошлого*, отражающая восприятие человеком негативных событий прошлого, и *временная перспектива позитивного прошлого*, связанная с положительными событиями прошлого, а также способностью извлекать уроки из негативного опыта. *Настоящее* в теории Ф. Зимбардо также характеризуется двумя временными перспективами. Это временная перспектива *гедонистического настоящего*, для которой характерно предпочтение удовольствий текущего момента будущим выгодам, и временная перспектива *фаталистического настоящего*, которая проявляется в неверии человека в свою способность повлиять на события своей жизни. Временная перспектива *будущего* связана со способностью человека планировать свои действия, при необходимости отказывая себе в желаниях настоящего момента ради достижения целей. Подобная временная ориентация, как отмечают авторы, способствует достижению успеха, однако лишает человека возможности получать удовольствие от жизни. Еще одна временная перспектива связана с *трансцендентным будущим* [22]. Перечисленные временные перспективы являются независимыми друг от друга, и для каждого человека характерно наличие нескольких из них.

По мнению Ф. Зимбардо, оптимальным сочетанием является наличие высоких показателей по шкалам позитивного прошлого, гедонистического настоящего и будущего. Данное сочетание характеризует человека, который благодарен прошлому, наслаждается настоящим и контролирует свое будущее.

Диспозиционный оптимизм. Оптимизм как умение конструктивно (оптимистично) мыслить и позитивно оценивать свое будущее является комплексным образованием, влияющим на умение целенаправленно действовать во внешнем мире, реализовывать задуманное и противостоять воздействию трудных жизненных обстоятельств, сохраняя психологическое благополучие. Существует два подхода к определению оптимизма, на которые опираются исследователи: *оптимизм* как способ объяснения причин позитивных и негативных жизненных событий (М. Селигман) и *диспозиционный оптимизм* как система ожиданий относительно будущего (Ч. Карвер и М. Шейер). В целом ряде исследований было показано, что диспозиционный оптимизм выступает важным фактором, определяющим то, как люди ведут себя в трудных жизненных ситуациях [61].

Рефлексивность. Рефлексия выступает как значимый компонент самопонимания, результатом которого является объяснение человеком своих мыслей и чувств, мотивов поведения; умение обнаруживать смысл поступков; способность отвечать на причинные вопросы о своем характере, мировоззрении, отношении к себе и другим людям, а также о том, как они понимают его [23]. А.В. Карпов выделяет разные модусы рефлексии, которая может выступать (и реально выступает) и как психический процесс, и как психическое свойство, и как психическое состояние одновременно, но не сводится ни к одному из них [29]. Именно синтез этих модусов составляет ее качественную определенность. В связи с этим аспект рефлексии как психического свойства автор предлагает называть рефлексивностью и изучать как независимую переменную в психологических исследованиях. Рефлексия (и, соответственно, рефлексивность) по направленности бывает интрапсихическая – способность к восприятию своей психики и интерпсихическая – способность понимать психику других людей. Рефлексия рассматривается как важнейшая регулятивная составляющая личности, позволяющая ей сознательно выстраивать свою жизнедеятельность [37].

Выводы по главе 1

Проведенный теоретический анализ литературных источников позволил сделать следующие выводы:

1. Несмотря на попытки обобщить и конкретизировать понятия «реабилитация», «реабилитационный потенциал», специалисты разного профиля не пришли к единому мнению. Это связано, прежде всего, с тем, что в качестве реабилитантов выступают люди с заболеваниями разных категорий. С позиций системного подхода под *реабилитацией* следует понимать сочетание взаимосвязанных медицинских, психологических и социально-

экономических действий, помогающих нивелировать или компенсировать ограниченную функциональность индивида, с целью восстановления утраченного социального положения и функционирования в обществе.

2. Понятие *реабилитационный потенциал* характеризует ресурсные возможности личности мобилизовать процессы компенсации и адаптации, направленные на улучшение состояния здоровья, восстановление функциональности, личностного и социального статуса в обществе. Возможности индивида компенсировать ограничения жизнедеятельности и являются *реабилитационным потенциалом лиц с ограниченными возможностями*.

3. Вопрос о содержании и критериях оценки реабилитационного потенциала до настоящего времени остается дискуссионным и недостаточно разработанным. Уточнение содержания реабилитационного потенциала является необходимой предпосылкой не только для установления прогноза и правильного построения реабилитационной программы, но и для поддержки процесса самореабилитации личности на протяжении жизни.

4. В контексте современного понимания развития личности в ситуации инвалидизирующего заболевания независимо от характера заболевания важной является проблема *психологической реабилитации человека*, ведь во многом от ее успешности зависит, сможет ли он преодолеть сложности социальной адаптации. На данный момент нет общепринятого определения понятия «психологический реабилитационный потенциал», нет единой модели компонентного состава данного понятия. Несмотря на то, что в практической деятельности психологов, работающих в системах медико-социальной экспертизы и реабилитации, определение уровня психологического реабилитационного потенциала имеет большое значение, процесс этот носит в значительной степени интуитивно-эмпирический характер. Именно поэтому возникает необходимость теоретического анализа и эмпирического подтверждения содержания и функциональной структуры данного понятия.

5. Психологический реабилитационный потенциал можно определить как комплекс индивидуально-психологических черт личности и социально-психологических отношений, являющийся основным фактором, способствующим не только адаптации, но и самореализации человека в условиях жизни с инвалидизирующим заболеванием.

6. Анализ литературы по проблеме социально-психологических факторов реабилитационного потенциала лиц с ограниченными физическими возможностями показал, что среди многочисленных описываемых психологических характеристик не выделены обобщенные прогностические факторы. Имеющиеся сведения не позволяют определить предикторы эффективности процесса *самореабилитации* лиц с ОФВ в процессе жизни.

ГЛАВА 2

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

2.1 Организация и методы исследования

Для достижения цели и решения задач исследования был использован комплекс взаимосвязанных и взаимодополняющих теоретических и практических методов исследования, адекватных его целям.

На первом этапе было проведено обзорно-аналитическое теоретическое исследование научной психологической литературы по изучаемой проблеме (теоретический этап).

На втором этапе было проведено психодиагностическое исследование: использовались опросники, которые определяют личностные характеристики и уровень их выраженности, а также опросники, определяющие уровень социально-психологической адаптации и реабилитационного потенциала респондентов.

На третьем этапе проводилась статистическая обработка полученных данных, которая позволила осуществить количественный анализ результатов.

Четвертый этап включал анализ и обобщение полученных статистических данных, психологическую интерпретацию результатов исследования.

В качестве методологических оснований исследования были определены: концептуальные положения о субъектности личности (С.Л. Рубинштейн, К.А. Абульханова-Славская, А.В. Брушлинский, В.А. Петровский, В.И. Слободчиков); системный подход в психологии (Б.Г. Ананьев, Б.Ф. Ломов, К.К. Платонов); концепция развития личности в условиях физических ограничений (А.Н. Леонтьев, А.И. Мещеряков, Л.Ф. Обухова, О.И. Скороходова, А.В. Суворов).

Для изучения личностного и реабилитационного ресурса людей с ограниченными физическими возможностями в эмпирическом исследовании использовались следующие методики:

Методика «ТОБОЛ». Данный опросник разработан в лаборатории клинической психологии института им. В.М. Бехтерева и позволяет диагностировать 12 типов отношения к болезни на основании информации об отношении больного к различным жизненным проблемам и ситуациям, которые потенциально выступают наиболее значимыми и непосредственно или опосредованно связаны с самим заболеванием. Данная методика позволяет также объединить диагностированные типы отношения к болезни по трем блокам:

- 1-й блок – условно-адаптивный;
- 2-й блок – с интрапсихической направленностью;
- 3-й блок – с интерпсихической направленностью.

Методика диагностики социально-психологической адаптации Роджерса–Даймонд

Опросник предназначен для изучения особенностей социально-психологической адаптации и связанных с этим черт личности. Позволяет выделить 6 интегральных показателей:

- «Адаптация»;
- «Принятие других»;
- «Интернальность»;
- «Самовосприятие»;
- «Эмоциональная комфортность»;
- «Стремление к доминированию».

Методика «Реабилитационный потенциал личности» (И.Ю. Кулагина, Л.В. Сенкевич)

Опросник включает 28 закрытых вопросов с тремя вариантами ответов и может применяться как в групповой форме, так и индивидуально. Опросник включает 5 шкал, соответствующих пяти компонентам реабилитационного потенциала – мотивационному, эмоциональному, самооценочному и коммуникативному, а также внутренней картине болезни.

Опросник жизнестойкости (С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой)

Опросник направлен на выявление жизнестойкости, которую можно представить как систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром. Это диспозиция, включающая в себя три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска. Выраженность этих компонентов и жизнестойкости в целом препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания со стрессами и восприятия их как менее значимых.

Тест смысложизненных ориентаций (Д.А. Леонтьев)

Методика позволяет оценить «источник» смысла жизни, который может быть найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс), либо в прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни. Тест является адаптированной версией теста «Цель в жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Д. Крамбо и Л. Махолика. Тест содержит 20 пар противоположных утверждений, отражающих представление о факторах осмысленности жизни личности. В тесте используются следующие субшкалы:

- субшкала 1 (цели в жизни);
- субшкала 2 (процесс жизни);
- субшкала 3 (результат жизни);
- субшкала 4 (локус контроля – Я);
- субшкала 5 (локус контроля – жизнь);
- общий показатель – осмысленность жизни (ОЖ).

Методика «Индикатор копинг-стратегий»

Методика разработана Д. Амирханом и предназначена для диагностики доминирующих копинг-стратегий личности. Адаптирована Н.А. Сиротой (1994) и В.М. Ялтонским (1995). Идея этого опросника заключается в том, что все поведенческие стратегии, которые формируются у человека в процессе жизни, можно подразделить на три большие группы:

- **стратегия разрешения проблем** – это активная поведенческая стратегия, при которой человек старается использовать все имеющиеся у него личностные ресурсы для поиска возможных способов эффективного разрешения проблемы;

- **стратегия поиска социальной поддержки** – это активная поведенческая стратегия, при которой человек для эффективного разрешения проблемы обращается за помощью и поддержкой к окружающей его среде: семье, друзьям, значимым другим;

- **стратегия избегания** – это поведенческая стратегия, при которой человек старается избежать контакта с окружающей его действительностью, уйти от решения проблем.

Опросник временной перспективы Зимбардо

Опросник (англ. Zimbardo Time Perspective Inventory, сокр. ZTPI) представляет собой методику, направленную на диагностику системы отношений личности к временному континууму. Из опросника возможно извлечение 5 показателей:

- **фактор восприятия негативного прошлого.** Выражает степень неприятия собственного прошлого, вызывающего отвращение, полного боли и разочарований;

- **фактор восприятия позитивного прошлого.** Выражает степень принятия собственного прошлого, при котором любой опыт является опытом, способствующим развитию и приведшим к сегодняшнему состоянию;

- **фактор восприятия гедонистического настоящего.** При этом настоящее видится оторванным от прошлого и будущего, единственная цель – наслаждение;

- **фактор восприятия фаталистического настоящего.** При этом оно видится независимым от воли личности, изначально предопределенным, а личность – подчиненной судьбе;

- **степень ориентации на будущее.** Выражает наличие у личности целей и планов на будущее.

Тест диспозиционного оптимизма (Т.О. Гордеева, О.А. Сычев и Е.Н. Осин)

Тест диспозиционного оптимизма, или тест жизненной ориентации (англ. Life Orientation Test, сокр. LOT), представляет собой опросник, предназначенный для измерения такой личностной черты, как оптимизм. Опросник состоит из 12 пунктов, 4 из которых являются прямыми

и формируют шкалу оптимизма, 4 – обратными и формируют шкалу пессимизма, 4 – пустыми и не участвуют в формировании шкал. Из опросника возможно извлечение двух показателей.

Опросник рефлексивности (А.В. Карпов и В.В. Пономарева)

Методика представляет собой опросник, предназначенный для измерения степени развития такого личностного свойства, как рефлексивность. Опросник состоит из 27 пунктов, ответы на которые формируются по 7-балльной шкале Ликкерта. По опроснику формируется одно значение, характеризующее общую степень развития рефлексивности личности.

Характеристика выборки респондентов

В психологическом исследовании приняли участие 60 человек, из них 35 женщин и 25 мужчин. Возраст респондентов от 18 до 66 лет. Преобладающий возрастной диапазон: 25–35 лет. Характеристика выборки представлена в Приложении А.

Выборку исследования составляют лица, имеющие группу инвалидности, связанную с нарушением опорно-двигательного аппарата различной этиологии и степени тяжести. Стаж инвалидности среди участников с травмой позвоночника составляет от 5 до 10 лет, в некоторых случаях – свыше 10 лет.

В ходе проведения эмпирического исследования выборка была разделена на две группы: в состав первой группы вошли лица с детским церебральным параличом (ДЦП), в состав второй – лица с нарушением функционирования опорно-двигательного аппарата вследствие травмы позвоночника.

Большинство испытуемых имеет среднее специальное и высшее образование, официально не трудоустроены, не состоят в браке и проживают вместе с родителями или иными лицами.

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. При анализе отказов от участия в исследовании можно выделить четыре условные группы причин:

1. Отсутствие свободного времени. Часть опрошенных респондентов аргументировало свой отказ активным вовлечением в общественно-культурную жизнь общества.

2. Нежелание участвовать в исследовании, подкрепленное абсолютной уверенностью в том, что подобные исследования никак не изменят в лучшую сторону качество их жизни, материальный статус, а наоборот, могут навредить и повлиять на изменение их социального статуса.

3. Нежелание разбираться в особенностях собственной личности, заниматься самоанализом. По их мнению, это приведет к выявлению имеющихся проблемных моментов, которые они не смогут решить самостоятельно.

4. Нежелание признавать себя инвалидом; утверждение, что исследование не относится к ним.

Полученные данные подвергались статистической обработке с помощью программного пакета Statistica for Windows. Сравнение групп респондентов (с ДЦП и с ТП) по социально-демографическим и психологическим параметрам было проведено с помощью U-критерия Манна–Уитни и χ^2 -критерия Пирсона. Для того чтобы установить, с помощью каких именно параметров, входящих в совокупность переменных исследования, можно предсказывать, к какой из двух групп – с высокой или низкой адаптацией – будут отнесены взрослые люди с ОФВ, был применен дискриминантный анализ. Он производился пошаговым методом с включением переменных. Для установления взаимосвязи индивидуально-личностных характеристик лиц с ОФВ с уровнем адаптации был проведен факторный анализ. В факторный анализ были включены данные по 21 переменной исследования; использовалась корреляционная матрица, полученная методом ранговой корреляции Спирмена. Для извлечения факторов был применен метод главных компонент. Вращение факторных нагрузок переменных было произведено методом Варимакс с нормализацией.

2.2 Индивидуально-личностные характеристики лиц с ограниченными физическими возможностями разного генеза

Тип отношения к болезни. Исследование мы начали с изучения отношения респондентов к своей болезни. Необходимо отметить, что система взглядов пациента на самого себя, свое заболевание, методику лечения, отношение к себе со стороны общества и родственников является важной, так как прямо или косвенно связано с процессом влияния болезни на личность больного и создания условий для компенсации возникающих дефицитарных состояний. Эти факторы также влияют на эффективность проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий.

В ходе эмпирического исследования получены следующие результаты.

Диагностированные у респондентов двух групп типы отношения к болезни были распределены по трем блокам. В группе лиц с ДЦП к условно-адаптивному блоку реакций на болезнь относится 71% респондентов, к блоку с интрапсихической направленностью – 13% и к блоку с интерпсихической направленностью – 16% испытуемых (рисунок 2.2.1).

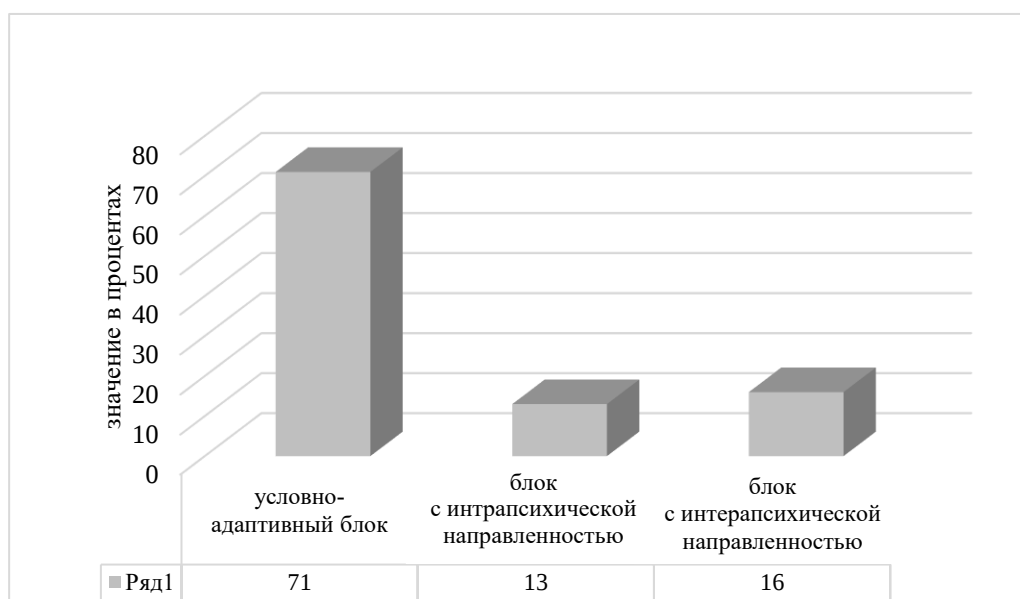


Рисунок 2.2.1 – Типы отношения к болезни в группе лиц с ДЦП

В группе лиц с травмой позвоночника процентное соотношение по блокам распределилось следующим образом: к условно-адаптивному блоку относится 72% испытуемых, к блоку с интрапсихической направленностью – 21% респондентов, к блоку с интерпсихической направленностью – 7% (рисунок 2.2.2).

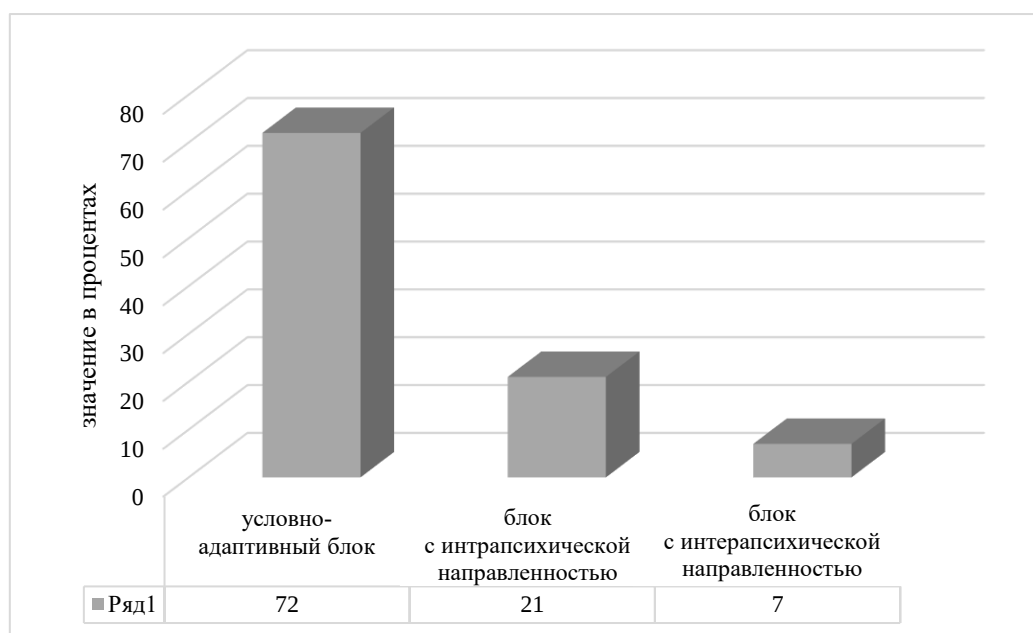


Рисунок 2.2.2 – Типы отношения к болезни в группе лиц с травмой позвоночника

Анализируя данные, представленные на рисунках 2.2.1 и 2.2.2, можно сделать следующие выводы: в обеих группах выборки выявлен достаточно высокий процент лиц с отношением к болезни, соответствующим условно-адаптивному блоку. К нему относятся гармоничный, эргопатический

и анозогнозический типы отношения к болезни, при которых не наблюдается нарушений психической и социальной адаптации.

Сравнительный анализ данных показывает, что лица с травмой позвоночника больше склонны к проявлению интрапсихической направленности (21% респондентов), которая в рамках психодиагностической методики включает в себя тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы личностного реагирования на болезнь. Лица с данными типами отношения к болезни ориентированы на себя, на оценку собственных ощущений и изменившегося состояния здоровья.

В свою очередь люди с ДЦП демонстрируют наличие интерпсихической направленности реагирования на ситуацию болезни (16% респондентов). Сюда входят сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паронийальный типы. Люди с данными типами отношения к болезни отличаются ориентацией на изменение отношения окружающих к себе, на их реакции, проявляют зависимость от общественного мнения, часто стесняются собственного заболевания и/или используют его для манипуляций и достижения желаемых целей. Преобладание интрапсихической и интерпсихической направленности личности по отношению к болезни ведет к дезадаптивному поведению.

Более детальный анализ результатов эмпирического исследования по группам респондентов показал, что преобладающими реакциями на ситуацию болезни у респондентов с ДЦП и травмой позвоночника являются эргопатический и анозогнозический типы.

Отношение к болезни по эргопатическому типу можно сравнить с «уходом с головой в работу». В данном контексте подразумевается множество вариантов деятельности, при которой человек может не думать и не вспоминать об имеющихся ограничениях здоровья. Эргопатический тип отличается сверхответственной, стеничной позицией, касающейся работы, которая в ряде случаев имеет большую степень выраженности, чем до ситуации болезни. Также отмечается избирательность к медицинскому обследованию и лечению, обусловленная, прежде всего, стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, сохранить статус «работающего» или «занятого» человека. Это стремление, на наш взгляд, можно объяснить, желанием быть полезным и значимым для общества, несмотря на имеющиеся ограничения жизнедеятельности, связанные с ситуацией болезни. Кроме того, вероятна связь этой позиции с нежеланием признавать себя инвалидом.

Выявленный анозогнозический (эйфорический) тип также можно охарактеризовать активным отбрасыванием мыслей о болезни, о различных и возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного состояния здоровья. При этом типе наблюдается определенная склонность расценивать проявления болезни как «несерьезные» или зачастую как ситуативные изменения самочувствия. В связи с этим нередко отмечается отказ

от медицинского обследования, лечения и последующего наблюдения у профильных специалистов. Возникает достаточно стойкое желание «разобраться самому» и «обойтись собственными силами», не покидает мысль о том, что «все само обойдется». При данном типе отношения к болезни в ситуации, когда пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению приобретает доминирующий характер, это негативно сказывается как на самом течении болезни и физическом состоянии, так и на психоэмоциональном состоянии больного.

В умеренном проявлении эргопатический и анозогнозический типы способствуют успешному процессу совладания с болезнью и, как следствие, адаптивному поведению в ситуации инвалидности.

В группе лиц с ДЦП у 16% респондентов диагностирован сенситивный тип отношения к болезни. При этом типе наблюдаются чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность тем, какое впечатление болезнь окажет на окружающих. Такие люди боятся считаться «неполноценными», иметь недоброжелательное отношение со стороны окружающих, быть обузой для близких. Может возникать лабильность эмоциональных состояний в сфере выстраивания межличностных контактов.

По 3% участников группы с травмой позвоночника демонстрируют дисфорический и ипохандрический типы. При дисфорической (агрессивной) реакции на болезнь наблюдаются гневливо-мрачное озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких, вспышки озлобленности, вплоть до деспотического отношения к близким.

Ипохандрический тип связан с повышенным вниманием к субъективным болезненным ощущениям. Люди с данным типом реагирования на болезнь стремятся постоянно напоминать и рассказывать о болезни врачам, медперсоналу и окружающим людям, склонны преувеличивать реальные и находить несуществующие болезни и симптомы. Готовность к лечению и неверие в его успех, бесконечные требования тщательного обследования у специалистов высокого профессионального статуса и боязнь возможных ухудшений от медицинских манипуляций находятся в постоянном противостоянии.

Также 3% лиц с травмой позвоночника показали гармоничный тип отношения к болезни. Стоит отметить, что гармоничный тип встречается достаточно редко, что подтверждается эмпирическими данными нашего исследования. Реакция на болезнь по данному типу опирается на адекватную оценку состояния здоровья без приверженности преувеличивать или значительно недооценивать тяжесть, с которой может протекать болезнь. Готовность к активному сотрудничеству в процессе лечения сочетается с вниманием к близким и желанием облегчить им тяготы ухода за собой. В ситуации понимания неутешительного прогноза развития болезни осуществляется смещение интересов на те сферы жизни, которые по-прежнему являются доступными для человека даже в ситуации ухудшения

физического состояния. Многие специалисты сходятся во мнении, что гармоничный тип отношения к болезни – это наиболее удачный способ существования человека и болезни.

Используемая в данном исследовании методика позволяет диагностировать помимо так называемых «чистых» реакций на болезнь (когда доминирует один тип) еще два типа отношения к болезни: смешанный – до 3-х типов, диффузный – от 3-х и выше. 19% респондентов с ДЦП показали смешанный тип отношения к болезни, в котором были выявлены следующие сочетания типов:

- эргопатический и сенситивный (уход в работу с целью избежать мыслей о болезни в сочетании с ранимостью и чувствительностью);
- апатический и меланхолический (полное безразличие к исходу болезни в сочетании с неверием в выздоровление, в возможное улучшение состояния здоровья).

При анализе профиля шкальных оценок людей с травмой позвоночника также был выявлен смешанный тип отношения к болезни (21% респондентов), в котором сочетаются:

- эргопатический и анозогнозический типы («уход» в любой вид деятельности, при которой человек может не думать и не вспоминать об имеющихся ограничениях здоровья в сочетании с активным отбрасыванием мыслей о болезни и ее последствиях);
- эргопатический и ипохондрический («уход» в деятельность, но с сохранением повышенного внимания к субъективным болезненным ощущениям);
- неврастенический и дисфорический (поведение по типу раздражительной слабости, сопровождающееся вспышками раздражения в сочетании с гневливо-мрачным озлобленным настроением).

Стоит отметить, что при смешанном типе отношения к болезни человек будет реализовывать каждый из диагностированных типов не полностью, а лишь частично. Процентное соотношение в группах лиц с ДЦП и травмой позвоночника по диффузному типу следующее: 7% – в группе с ДЦП, 15% – в группе с травмой позвоночника.

В данном случае не представляется возможным однозначно определить тип отношения к болезни. Проявление той или иной реакции на болезнь в составе диффузного типа, на наш взгляд, связано с неопределенностью восприятия как самой болезни, так и себя в ситуации болезни. В частности, полученные эмпирические данные показывают, что люди с приобретенной травмой позвоночника находятся в большей степени в ситуации неопределенности относительно имеющейся болезни, чем люди с детским церебральным параличом. При диагностировании данного типа нельзя также исключать и влияния внешних факторов на личность.

Социально-психологическая адаптация. Социально-психологическая адаптация лиц с ограниченными физическими возможностями выступает

как сложная комбинация взаимосвязанных компонентов (личностных характеристик, особенностей социальной среды) и предполагает целый спектр изменений, которые приводят к формированию необходимых адаптационных характеристик личности в ситуации совладающего поведения.

Проведенный анализ эмпирических данных позволил установить, что в представленной выборке испытуемых значения по интегральным показателям адаптации и частным компонентам (принятие других, самопринятие, интернальность, стремление к доминированию) находятся на среднем и высоком уровнях. Это подтверждает наше предположение о том, 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 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, помогают приспособлению к изменившимся условиям жизни в связи с инвалидностью.

В группе лиц с ДЦП, напротив, отмечается преобладание среднего уровня адаптации (55%). Это может объясняться особенностями диагноза, в частности спецификой личностного профиля респондента, который затрудняет достижение более высокого уровня адаптационных возможностей. Низкого уровня адаптации среди респондентов двух групп выявлено не было (рисунок 2.2.3). 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.

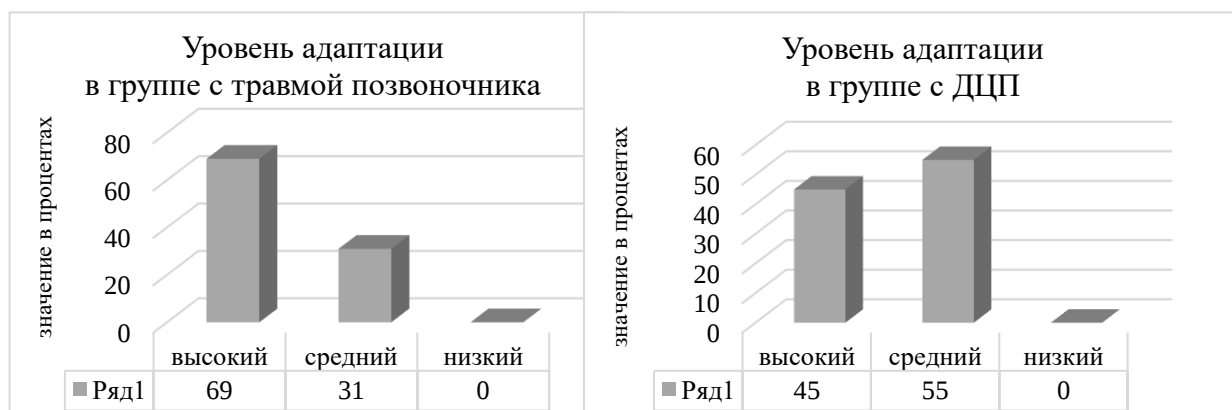


Рисунок 2.2.3 – Уровни социально-психологической адаптации в группах выборки

Данные по показателю *самопринятия* в двух группах распределились следующим образом. Группа лиц с травмой позвоночника показала высокий уровень самопринятия – 97% респондентов, оставшиеся 3% лиц относятся к среднему уровню. В то время как в группе лиц с ДЦП высокий уровень самопринятия выявлен у 74% участников, 26% испытуемых имеют средний уровень (рисунок 2.2.4).

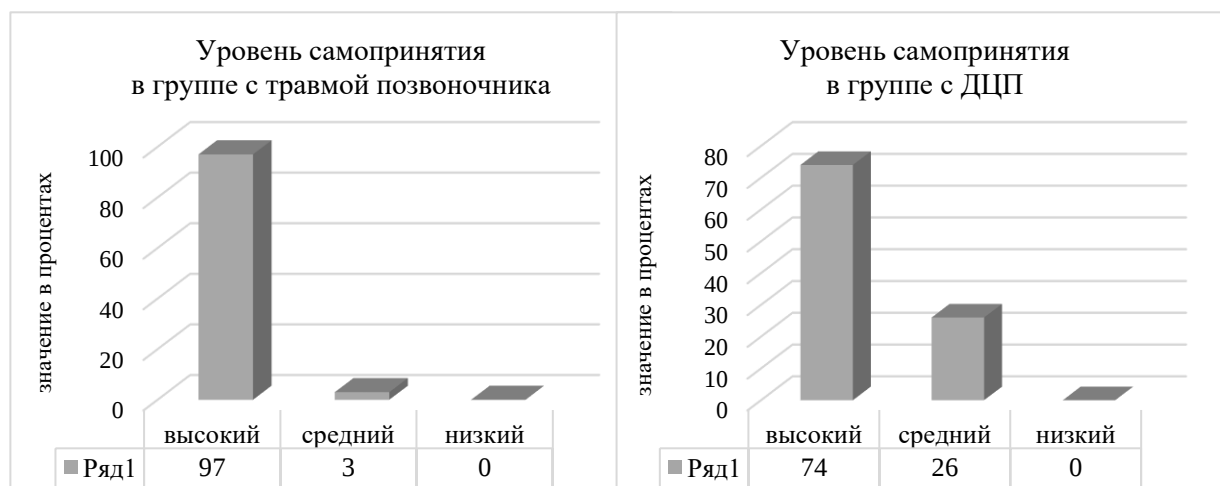


Рисунок 2.2.4 – Характеристика групп респондентов по показателю самопринятия

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 находились бы в остром стрессовом состоянии. У такой категории лиц уровень самопринятия значительно отличался бы от вышеописанного. Характеризуя исследуемую группу лиц 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 основание 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 может превращаться в нетребовательность, неприязнательность, 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 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, со значительной зависимостью от социального окружения, которое оценивает личностные качества человека, его умения, достижения, особенности характера.

Высокий уровень значений по показателю *принятия других* был отмечен у 66% испытуемых в группе с травмой позвоночника, средний уровень – у 34%. Группа лиц с ДЦП показала следующее распределение: 39% участников группы имеют высокий уровень, 55% – средний уровень и 6% – низкий уровень.

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, отметим то, что умение взаимодействовать с людьми и потребность в общении чаще всего не получают должного развития в силу значительной ограниченности реальной возможности взаимодействовать с социальным окружением (часто круг общения ограничен семьей).

Сравнительный анализ результатов по показателю *эмоционального комфорта* показал, что люди с травмой позвоночника испытывают больший эмоциональный комфорт (59%), чем люди с 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. 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, также эмоциональный комфорт характеризуется отсутствием 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. Однако, на наш взгляд, средние и низкие показатели эмоционального комфорта следует рассматривать в контексте личностных особенностей. 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 ему

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 дефицитарностью 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 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 адаптационная 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.

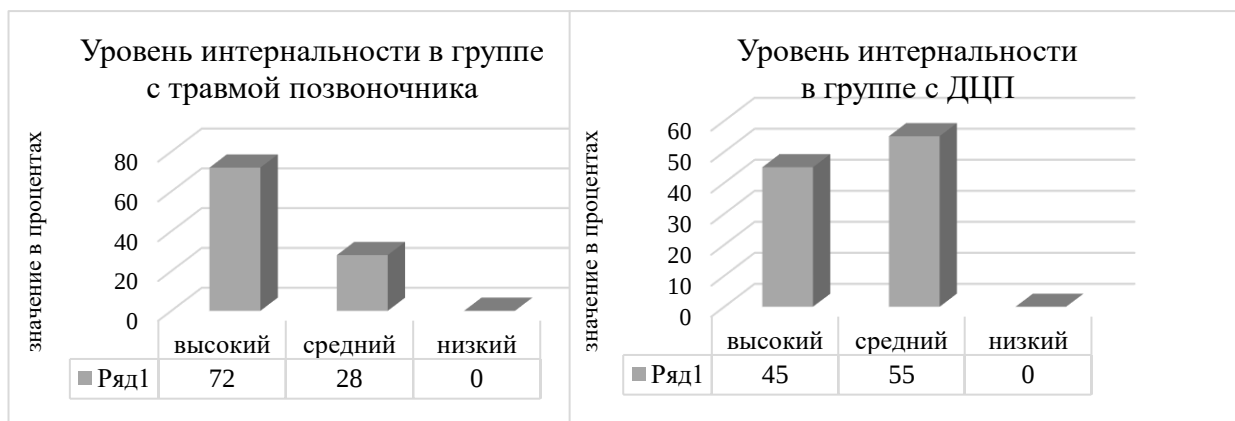


Рисунок 2.2.5 – Характеристика групп респондентов по показателю интернальности

Данные, представленные на рисунке 2.2.5, свидетельствуют о том, что высокие значения интернальности наблюдаются в группе людей с травмой позвоночника у 72% респондентов, в группе людей с ДЦП высокие показатели отмечены 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, самоограничения в обращении за помощью к другим людям, 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.

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.

Таким образом, в ходе анализа адаптационных возможностей лиц с ограниченными физическими возможностями было установлено, что по всем представленным параметрам преобладают 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 самореабилитации.

Лица с ограниченными физическими возможностями, 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 должна быть дифференцированной. Отметим, что организация психологической работы для лиц с трудностями

адаптации наиболее актуальна, но существенно осложнена в силу их отказа от участия в исследованиях из-за опасений, что это может повлиять на оценку статуса их инвалидности.

Реабилитационный потенциал личности. Для преодоления стресса и адаптации человека к изменившимся вследствие болезни условиям жизнедеятельности используются социальные (в том числе медицинские) средства, однако совладание с ситуацией реализуется и благодаря личностному ресурсу человека, в связи с чем целесообразно рассматривать реабилитационный потенциал личности. С позиций современной концепции инвалидности именно реабилитационный потенциал оказывает влияние на мобилизацию саногенетических механизмов (регенерации, компенсации, адаптации, реституции и т.д.), которые возникают в динамике заболевания и играют главенствующую роль в восстановлении дефицитарных функций организма.

Характеристика реабилитационного потенциала и его компонентов, полученная с помощью соответствующей методики, выглядит следующим образом. Испытуемые с ДЦП и травмой позвоночника продемонстрировали высокий и средний уровни сформированности как самого реабилитационного потенциала, так и его отдельных структурных компонентов. В частности, мы получили одинаковые результаты среди респондентов двух групп:

- *по уровню общего реабилитационного потенциала.* 55% респондентов обладают средним уровнем по данному показателю, 45% выборки имеют высокий уровень. Стоит отметить, что уровень реабилитационного потенциала выступает показателем возможности восстановления или компенсации нарушенных функций организма, а также эффективности реализации индивидуальной программы реабилитации;

- *по самооценочному компоненту,* который в структуре реабилитационного потенциала отвечает за знания и представления о самом себе как о больном человеке, о наиболее значимых качествах собственной личности, которые служат фундаментом для построения взаимодействия с другими людьми. Показатели по данному компоненту в двух группах выборки распределились следующим образом: 62% выборки имеют высокий уровень, у 31% респондентов выявлен средний уровень, 7% имеют низкий уровень самооценочного компонента. Последнее значительно затрудняет как реальную оценку собственной личности в ситуации болезни, так и налаживание взаимодействия с окружающими. В свою очередь, этот факт делает невозможным реализацию намеченного плана реабилитационных мероприятий.

Изучение компонентов реабилитационного потенциала *в группе с ДЦП* показало, что *по компоненту внутренней картины болезни* 36% респондентов имеют высокий уровень, 61% – средний уровень и 3% – низкий уровень. Выявленный высокий и средний уровни характеризуют людей с ДЦП как тех, кто в достаточной мере осознает свое заболевание, его динамику и связанные с ним последствия.

Также выявлен высокий уровень *мотивационного компонента* (55%), который говорит о готовности респондентов включаться в решение различных задач, связанных с восстановлением и сохранностью здоровья, занимать активную позицию в осуществлении реабилитационного процесса. В свою очередь 32% относятся к среднему уровню мотивационного компонента, 13% – к низкому.

У 26% респондентов был выявлен высокий уровень по *эмоциональному компоненту* реабилитационного потенциала, что свидетельствует о динамичном эмоциональном фоне жизни людей с ОФ, который подразумевает максимальную регуляцию эмоциональных реакций. 71% респондентов имеет средний уровень по данному компоненту и 3% – низкий уровень.

По *коммуникационному компоненту* процентное соотношение показателей в группе с ДЦП выглядит следующим образом: 42% опрошенных обладают высоким уровнем, оставшиеся 58% относятся к среднему уровню. Столь оптимистичные показатели по данному компоненту свидетельствуют об умении выстраивать и поддерживать межличностные отношения и коммуникацию в ситуации болезни, которая предусматривает активное общение с множеством специалистов, задействованных в реабилитационном процессе.

Проанализировав данные *в группе людей с травмой позвоночника*, мы получили следующие результаты. У 62% участников группы выявлен средний уровень *внутренней картины болезни*. Высокий уровень показали 24% респондентов, 14% имеют низкий уровень показателей внутренней картины болезни. Преобладающие высокий и средний уровни характеристики в данной группе свидетельствуют о том, что респонденты в достаточной мере способны осознавать свое заболевание, его динамику и связанные с ним последствия. При этом число респондентов с ТП с низким уровнем больше, чем среди взрослых с ДЦП.

Значительная часть испытуемых, а именно 66% респондентов, показали высокий уровень *мотивационного компонента*, который говорит о готовности больного включаться в решение различных задач, связанных с восстановлением и сохранностью здоровья, занимать активную позицию в осуществлении реабилитационного процесса. В свою очередь 21% относится к среднему уровню мотивационного компонента, 13% – к низкому уровню. Вероятно, наличие связи между пессимистичным отношением к своему состоянию и низким уровнем мотивации к реабилитационному процессу.

Эмоциональный компонент реабилитационного потенциала, отражающий динамичность эмоционального фона жизни больного человека и максимальную регуляцию эмоциональных реакций, представлен следующим процентным соотношением: у 31% респондентов

отмечен высокий уровень, 62% испытуемых показали средний уровень и 7% – низкий уровень показателей по данному компоненту.

Коммуникативный компонент в структуре реабилитационного потенциала раскрывает специфику значимых социальных связей и динамику межличностных отношений во время болезни. Процентное соотношение показателей в группе выглядит следующим образом: 48% опрошенных обладают высоким уровнем, оставшиеся 52% относятся к среднему уровню. Представленные данные свидетельствуют об умении людей с травмой позвоночника выстраивать и поддерживать межличностные отношения и коммуникацию в ситуации болезни, которая предусматривает активное общение с множеством специалистов, задействованных в реабилитационном процессе.

Обозначим также некоторые отличия в компонентах реабилитационного потенциала людей с различным генезом ОФВ. Данные, представленные в таблице 2.2.1, указывают на отличия в показателях по структурным компонентам реабилитационного потенциала у людей с ДЦП и людей, имеющих травму позвоночника.

Таблица 2.2.1 – Характеристика групп респондентов по уровням компонентов реабилитационного потенциала

Компоненты реабилитационного потенциала	Кол-во респондентов с разным уровнем компонентов реабилитационного потенциала (%)					
	высокий		средний		низкий	
	ДЦП	травма	ДЦП	травма	ДЦП	травма
Внутренняя картина болезни	36	24	61	62	3	14
Мотивационный компонент	55	66	32	21	13	13
Самооценочный компонент	62	62	31	31	7	7
Эмоциональный компонент	26	31	71	62	3	7
Коммуникативный компонент	42	48	58	52	0	0
Общий реабилитационный потенциал	45		55		0	

По компоненту «Внутренняя картина болезни» респондентов с низким уровнем больше в группе с травмой позвоночника (14%), в группе лиц с ДЦП количество респондентов с низким уровнем составляет всего 3%. Объясняется это, на наш взгляд, врожденным и необратимым характером заболевания, что позволяет отнестись к болезни как естественному фону жизни. В такой ситуации у людей с ДЦП есть больше времени, чтобы понять и принять симптоматику, течение и возможные последствия заболевания без каких-либо иллюзорных ожиданий на выздоровление.

Большее количество людей с травмой позвоночника (66%) склонны проявлять высокую мотивированность в ситуации болезни, нежели среди лиц с ДЦП (55%). По нашему мнению, способность проявлять и удерживать

мотивацию зависит от характера имеющихся нарушений опорно-двигательного аппарата (в данном случае мы говорим о врожденном и приобретенном заболевании), от личностных особенностей больного, его ближайшего окружения и степени включенности в общественную жизнь. Показатели эмоционального компонента имеют более высокие значения у людей с травмой позвоночника, что отражает лучшее развитие навыков эмоциональной саморегуляции. Обе группы по коммуникативному компоненту демонстрируют высокий уровень, но, делая акцент на отличиях, стоит отметить, что люди с травмой позвоночника проявляют большую открытость в общении, так как не считают себя «ущербными» и какими-то «другими».

Отметим, что не только знание об общих особенностях реабилитационного потенциала, но и акцентирование внимания именно на существующих отличиях в нем, позволяет проводить грамотную оценку готовности индивида не только к реабилитационному процессу, но и к самореабилитации в процессе жизни.

Жизнестойкость. Дальнейшее изучение компонентов личностного профиля людей с ограниченными физическими возможностями продолжилось диагностикой уровня жизнестойкости с использованием методики «Жизнестойкость» С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой.

Выраженность жизнестойкости в целом и ее компонентов в частности подчеркивает значимость этой характеристики для сохранности имеющегося здоровья и психоэмоционального состояния личности в условиях инвалидности. Методика позволяет говорить как об индивидуальных различиях каждого из трех компонентов в составе жизнестойкости, так и о необходимости их согласованности между собой и с общей (суммарной) мерой жизнестойкости [41]. Установленные нормы (средние значения и стандартные отклонения общего показателя жизнестойкости и его компонентов) представлены в таблице 2.2.2.

Таблица 2.2.2 – Нормативные средние значения и стандартные отклонения по тесту «Жизнестойкость»

Уровень	Жизнестойкость	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска
Средние значения	80,72	37,64	29,17	13,91
Стандартные отклонения	18,53	8,08	8,43	4,39

При этом жизнестойкость является фактором профилактики риска нарушения жизнедеятельности и развития соматических и психических заболеваний в условиях инвалидности и одновременно способствует оптимальному переживанию ситуаций неопределенности и тревоги.

Жизнестойкие убеждения создают своего рода «иммунитет» к действительно тяжелым переживаниям. Важно, что жизнестойкость влияет не только на оценку ситуации, но и на активность человека в преодолении этой ситуации (т.е. на выбор копинг-стратегий) [3].

Полученные результаты позволяют оценить способность и готовность человека активно и гибко действовать при возникновении сложной жизненной ситуации, каковой является инвалидизация.

Результаты исследования уровня жизнестойкости у лиц с ограниченными физическими возможностями отражены на рисунке 2.2.6.

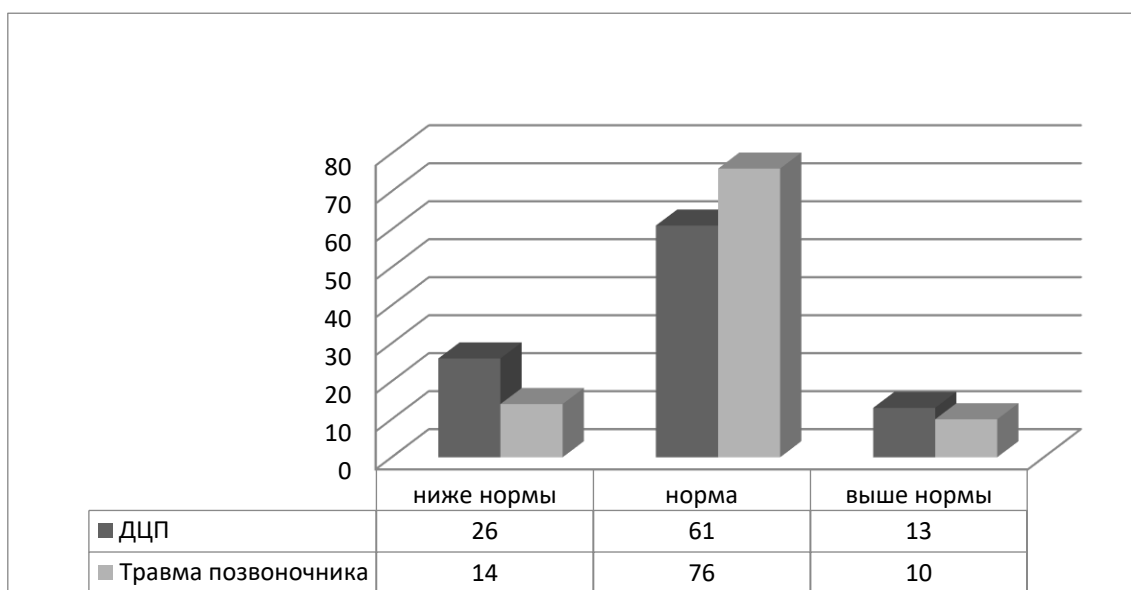


Рисунок 2.2.6 – Характеристика групп респондентов по уровню жизнестойкости

Как видно на рисунке 2.2.6, испытуемые демонстрируют средний уровень жизнестойкости, который позволяет говорить о таких качествах, как наличие силы для преодоления препятствий и противодействий; стремление к развитию способностей; возможность проявить свои лучшие качества; освобождение от неуверенности, комплексов и пессимизма; удовлетворение от понимания жизненных процессов; уважение к себе, людям и жизни в целом.

Показатели низкого уровня жизнестойкости могут отражать отсутствие у человека личностно значимых целей и смыслов жизни, чувствительность к различным мелочам жизни и жизненным трудностям, подверженность хроническому стрессу.

Систематизированные данные по жизнестойкости и ее компонентам в группах лиц с ДЦП и травмой позвоночника представлены в таблице 2.2.3.

Таблица 2.2.3 – Характеристика групп респондентов по показателям жизнестойкости

Показатели жизнестойкости	Количество испытуемых (в %)					
	ниже нормы		в пределах нормы		выше нормы	
	ДЦП	травма позвоночника	ДЦП	травма позвоночника	ДЦП	травма позвоночника
Вовлеченность	26	14	71	66	3	20
Контроль	29	7	61	79	10	14
Принятие риска	13	14	52	59	35	27
Жизнестойкость	26	14	61	76	13	10

По результатам исследования, сравнив данные таблиц 2.2.2 и 2.2.3, можно сделать следующие выводы. Общий показатель жизнестойкости в выборке испытуемых находится в пределах нормы и является оптимальным для преодоления жизненных трудностей.

Более детальный анализ общего показателя жизнестойкости показывает, что в пределах нормы показатель жизнестойкости наблюдается у 61% лиц с ДЦП и у 76% лиц с ТП, показатели выше нормы выявлены у 13% респондентов с ДЦП и у 10% респондентов с ТП, ниже нормы у 26% с ДЦП и 14% испытуемых с ТП соответственно.

Полученные данные говорят о том, что выявленные средний и высокий уровни жизнестойкости и ее компонентов позволяют людям с ОФВ не только противостоять стрессогенным факторам, но и успешно преодолевать сложные жизненные ситуации. При этом анализ компонентов жизнестойкости показал различную нагрузку.

Вовлеченность как компонент в структуре жизнестойкости проявляется в убежденности в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности. При этом характеризует человека как стремящегося получать большее удовольствие от собственной деятельности и активно осваивать социокультурное пространство. Люди с выраженным компонентом вовлеченности являются более беспечными, открытыми, доброжелательными, доверчивыми, они более уверены в себе и считают мир дружелюбным и великодушным, что порождает уверенное и доброжелательное поведение, благополучные взаимоотношения с людьми и закрепляет существующую систему убеждений.

Показатели в пределах нормы отмечены у 71% респондентов с ДЦП и 66% у респондентов с травмой позвоночника. Выше нормы этот показатель выявлен у 3% людей с ДЦП и у 20% – с травмой позвоночника.

Контроль как убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. Контроль указывает на стремление влиять на результаты происходящего и выбирать соответствующее поведение.

При высоком уровне контроля человек способен повлиять на жизненные обстоятельства, управлять эмоциями, достигать поставленных целей, включаться в деятельность, обеспечивающую переживания чувства субъективного благополучия, жизнестойкости в социокультурном пространстве. Субъект доволен собой, он способен соучаствовать, отзываться на ситуации, которые побуждают усиливать интеллектуальную, волевую и нравственную отдачу, испытывать положительные эмоции. Испытуемые с высоким самоконтролем сами выбирают собственную деятельность, свой путь, оказывают влияние на результат происходящего, прилагают свои усилия. Высокий контроль повышает способность адекватно формулировать четкие цели.

По данному компоненту показатели в пределах нормы диагностированы у 61% лиц с ДЦП, у 79% лиц с травмой позвоночника и выше нормы показатели отмечены у 10% испытуемых с ДЦП и у 14% – с травмой позвоночника.

Принятие риска в структуре жизнестойкости выступает как убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, – неважно, позитивного или негативного. Показатели в пределах нормы отмечены у 52% респондентов с ДЦП и у 59% респондентов с травмой позвоночника. Показатели выше нормы отмечены у 35% испытуемых с ДЦП и 27% – с травмой позвоночника.

Анализ выраженности трех относительно автономных компонентов жизнестойкости, а именно вовлеченности, контроля и принятия риска позволяет говорить о том, что в данной выборке наибольший вклад в высокий показатель жизнестойкости вносят *вовлеченность и контроль*. Это говорит о том, что люди с инвалидностью, обладающие развитым компонентом вовлеченности, ощущают себя нужными, ценными в этом мире, они удовлетворены своей деятельностью, достаточно активны, убеждены, что именно участие в происходящем дает возможность находить что-то интересное и значимое для собственного развития. Вместе с тем развитый контроль позволяет человеку не только контролировать события собственной жизни, но и быть убежденным, что труд и борьба влияют на результат происходящего.

Смыслжизненные ориентации. С целью изучения смыслжизненных ориентаций у людей с ограниченными физическими возможностями нами было проведено исследование с помощью опросника «Смыслжизненные ориентации» (Д.А. Леонтьев, русскоязычная адаптация опросника «Цели в жизни» Дж. Крамбо и Л. Махолика).

В таблице 2.2.4 приведены средние значения по общему показателю *осмысленности жизни* и пяти субшкалам.

Таблица 2.2.4 – Характеристика групп респондентов по субшкалам и общему показателю осмысленности жизни

Группа с ДЦП		Группа с травмой позвоночника	
субшкала	среднее значение	субшкала	среднее значение
Цели в жизни	30,55	Цели в жизни	33
Процесс жизни	27,03	Процесс жизни	29,79
Результат жизни	24,16	Результат жизни	26,90
Локус контроля – Я	19,23	Локус контроля – Я	21,86
Локус контроля – жизнь	26,10	Локус контроля – жизнь	27,34
Осмысленность жизни	94,87	Осмысленность жизни	103,48

Проанализировав общий показатель осмысленности жизни, можно говорить о наличии у всех испытуемых устойчивых смыслов в жизни и уверенности в принципиальной возможности самостоятельно осуществлять жизненный выбор. Однако у респондентов с ОФВ показатели осмысленности жизни находятся на среднем уровне (94,4 и 103,5 балла соответственно). Значения показателей по всем субшкалам теста также свидетельствуют о среднем уровне выраженности характеристик и ощущении того, что прожитая часть жизни была довольно продуктивной и осмысленной.

При сравнении показателей по субшкалам более высокие значения получены по шкале «Цели в жизни». Баллы по этой шкале характеризуют наличие в жизни испытуемых целей в будущем, которые придают жизни направленность и временную перспективу.

Еще одна субшкала «Локус контроля – Я». Иначе эту субшкалу можно проинтерпретировать как «Я – хозяин жизни». Полученные данные (средний уровень показателей – 19,2; 21,9 соответственно) говорят о том, что испытуемые имеют представление о себе как о личности, обладающей возможностью строить свою жизнь в соответствии со своими целями. Однако нет полной уверенности в своих силах и способности контролировать события жизни. По субшкале «Локус контроля – жизнь» (управляемость жизни) в группах респондентов также отмечен средний уровень показателей, что позволяет говорить об их убеждении в том, что они могут контролировать свою жизнь и готовы к осуществлению самостоятельной профессиональной деятельности.

Субшкала «Процесс жизни», по которой также получены близкие показатели по группам, свидетельствует о наличии у людей с ограниченными физическими возможностями целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Это может объясняться задачами, которые стоят перед испытуемыми в ситуации имеющегося заболевания, а именно: определение своего будущего, планирование действий, построение жизненных планов, начало или продолжение профессионального становления. Эти задачи в значительной степени

локализованы в будущем, но опираются на прошлое и настоящее. При этом мы не исключаем, что достаточно высокие значения по этой шкале могут характеризовать и человека, который много думает о будущем, но его планы не подкрепляются личной активностью и ответственностью в настоящем.

Сравнительный анализ данных, полученных по двум группам респондентов с различными заболеваниями, позволяет отметить незначительные отличия по всем показателям. Так, в группе лиц с ДЦП мы можем видеть более низкие показатели по всем субшкалам. Это может объясняться условиями, в которых происходило развитие и становление личности. Здесь речь может идти о существующем субъективном восприятии собственных ограничений жизнедеятельности. В такой ситуации человек с инвалидностью сам создает психологические ограничения, ставит себя в определенные рамки, которые не позволяют в полной мере быть вовлеченным в общественную жизнь. Также важную роль играет зависимость личности от оценки семьи и окружающих, собственной субъективной оценки действий и поступков, часто переживаемых как безрезультатные и тщетные в силу имеющихся ограничений жизнедеятельности. Личностное развитие людей с врожденным характером инвалидности (ДЦП) зачастую происходит в атмосфере тревожной гиперопеки со стороны родителей и родственников. Их личность, самооценка, жизненные притязания и структура смыслов формируются в тесной взаимосвязи с их заболеванием, что часто проявляется в пассивной, рентной установке по отношению к жизни и окружающим. Вместе с тем ожидание помощи извне приводит к большей неудовлетворенности ходом своей жизни, и с возрастом эти тенденции могут только усиливаться.

Люди, получившие инвалидность вследствие травмы позвоночника, отличаются меньшей зависимостью от оценки окружающих, имеют более адекватное восприятие возникших физических ограничений и, исходя из этого, проявляют адекватную реакцию на болезнь. На наш взгляд, это возможно благодаря наличию у них установок на активное решение проблем и контроль над ситуацией, сформированных до болезни. Это позволяет опираться на предыдущий опыт «здоровой» жизни, который был до наступления инвалидности.

Отметим, что ситуация инвалидности врожденного характера оказывает влияние на формирование всей личности и ее жизненного стиля, тогда как для людей, попавших в ситуацию инвалидизирующего заболевания не с момента рождения, а в более позднем возрасте, напротив, часто оказывается проблематичным «вписать» инвалидность в уже сложившуюся картину мира и представления о себе.

Таким образом, на наш взгляд, имеющиеся отличия в показателях смысложизненных ориентаций могут объясняться не только индивидуальностью личности, но и особенностями врожденного или приобретенного характера инвалидности.

Обобщая полученные результаты, можно заключить, что все испытуемые, принявшие участие в исследовании, обладают четкой направленностью на будущее, строят планы и имеют определенные цели. Они считают свою жизнь вполне осмысленной, принимают свое настоящее и довольны тем, что есть на данный момент. Свое прошлое рассматривают как продуктивное, значимое и важное, способны самостоятельно принимать решения, брать ответственность за те события, которые происходят, воплощать свои цели и отвечать за полученные результаты. Мы отдаем себе отчет в том, что в исследовании согласились принять участие респонденты, которым удалось достичь значительной степени адаптированности к болезни и готовности к социальной активности.

Копинг-стратегии. Нарушения опорно-двигательного аппарата влекут за собой не только конкретные ограничения физических возможностей и полную или частичную потерю самостоятельности, но также порождают внутриличностный конфликт между существующими потребностями и имеющимися возможностями их реализации. Совладание с жизненными трудностями есть постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия индивида с целью управления специфическими внешними и (или) внутренними требованиями, которые оцениваются им как подвергающие его испытанию или превышающие его ресурсы. Задача совладания с негативными жизненными обстоятельствами состоит в том, чтобы либо преодолеть трудности, либо уменьшить их отрицательные последствия, либо избежать эти трудности, либо вытерпеть их [74].

Можно определить совладающее поведение как целенаправленное социальное поведение, позволяющее справиться с трудной жизненной ситуацией (или стрессом) способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, через осознанные стратегии действий. Это сознательное поведение направлено на активное изменение, преобразование ситуации, поддающейся контролю, или на приспособление к ней, если ситуация не поддается контролю [4]. Правильно выбранная стратегия поведения в ситуации инвалидизирующего заболевания способствует поддержанию стабильности психологического статуса, оказывает влияние на формирование гармоничной личности, способной к адекватной оценке окружающей действительности и умеющей противостоять стрессогенным факторам.

Для определения конкретных стратегий совладающего поведения использовалась методика «Индикатор копинг-стратегий» Дж. Амирхана в адаптации Н.А. Сироты и В.М. Ялтонского. В ходе эмпирического исследования нами были рассмотрены предпочитаемые копинг-стратегии у людей с ДЦП и травмой позвоночника. Получены следующие результаты (таблица 2.2.5).

Таблица 2.2.5 – Характеристика копинг-стратегий респондентов по группам выборки

Группа с ДЦП		Группа с травмой позвоночника	
копинг-стратегия	среднее значение	копинг-стратегия	среднее значение
Разрешение проблем	24,74	Разрешение проблем	25,97
Поиск социальной поддержки	19,87	Поиск социальной поддержки	19,07
Избегание проблем	18,10	Избегание проблем	17,66

Исходя из данных, представленных в таблице 2.2.5, мы можем заключить, что преобладающей поведенческой стратегией в выборке лиц с ограниченными физическими возможностями является *стратегия разрешения проблем*. Это активная поведенческая стратегия, при которой человек старается использовать все имеющиеся у него личностные ресурсы для поиска возможных способов и путей эффективного разрешения имеющихся проблемных ситуаций.

Вместе с тем была выявлена выраженность *копинг-стратегии социальной поддержки*. Данная поведенческая стратегия предполагает попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов. Это могут быть семья, друзья или значимые другие. Для стратегии социальной поддержки характерны ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание внимания, совета, сочувствия.

В ходе личных бесед с людьми с ДЦП мы также выяснили, что использование копинг-стратегии социальной поддержки данной группой испытуемых нередко приводит к формированию чрезмерных ожиданий по отношению к окружающим в ситуации, требующей решения конкретных проблем. У людей с травмой позвоночника формирование зависимой позиции по отношению к социальному окружению происходит реже.

Стратегия избегания, которая выступает одной из ведущих поведенческих стратегий при формировании дезадаптивного, псевдосовладающего поведения, в контексте данной выборки рассматривается с позиции возможности избежать столкновения с проблемной ситуацией, которая может иметь негативные последствия для самого человека. Речь в данном случае может идти об адекватном и сохранном поведении личности. Использование всех обозначенных поведенческих стратегий признается наиболее эффективным способом решения возникающих трудностей.

При этом в зависимости от отношения к болезни могут формироваться разные поведенческие стили: компенсаторное поведение (борьба, адаптация); капитуляция перед болезнью; игнорирующее поведение – стремление

больного не признавать дефект. В одних случаях поведение направляется на преодоление болезни и ее последствий, в других, наоборот, является фактором, который усугубляет течение болезни. Отношение к болезни перестает выполнять адаптационную функцию и становится источником стресса, способствует развитию тревоги. Болезнь воспринимается как препятствие на пути достижения жизненных целей. При таком развитии самосознания и смысловых ориентаций меняются критерии оценки других людей, всей жизненной ситуации, установки, планы на будущее, отношение к важным обстоятельствам и к самому себе. В связи с этим существенное значение приобретают психологическая помощь и сопровождение взрослого с ОФВ в сложной жизненной ситуации, работа, направленная на сохранение осмысленности жизни и активной позиции личности.

Временная перспектива. Временная перспектива как оценка человеком своего прошлого, настоящего и будущего, обуславливающая его поведение, выступает в качестве элемента в структуре целостной жизнедеятельности (К.А. Абульханова-Славская, Ф. Зимбардо, К. Левин) [2; 6].

Во-первых, отношение ко времени помогает эффективнее планировать собственную деятельность для интенсификации темпов реализации личностного потенциала (Е.И. Головаха, С. Мадди, А.А. Кроник). Во-вторых, оно оказывает влияние на мышление человека: релевантный поиск определенных путей решения задач, новых возможностей и флексибельности (Д.А. Леонтьев). В-третьих, определяет целостное отношение человека к собственной жизни: регулирует мотивы, формирует смыслы и корректирует дальнейшие пути развития (Дж. Нюттен, В.Н. Мясищев, С.Л. Рубинштейн) [37]. Все обозначенные процессы объединяет и систематизирует феномен временной перспективы.

Та или иная временная ориентация может значительно влиять на интерпретацию и реагирование на различные события в настоящем, а также и на процесс принятия решений относительно будущего. Особое значение это приобретает при возникновении патологических состояний, которые зачастую приводят к тому, что люди замыкаются в настоящем или уходят в воспоминания «прекрасного» прошлого.

С целью изучения временной перспективы у людей с ОФВ нами было проведено исследование с помощью опросника временной перспективы Ф. Зимбардо. В таблице 2.2.6 приведены средние значения по шкалам опросника.

Таблица 2.2.6 – Характеристика групп респондентов по показателям временной перспективы

Группа с ДЦП		Группа с травмой позвоночника	
шкала	среднее значение	шкала	среднее значение
Негативное прошлое	2,92	Негативное прошлое	2,96
Позитивное прошлое	3,33	Позитивное прошлое	3,78
Гедонистическое настоящее	3,21	Гедонистическое настоящее	3,28
Фаталистическое настоящее	2,71	Фаталистическое настоящее	2,81
Будущее	3,65	Будущее	3,88

Анализ результатов опроса позволяет сделать следующие выводы, касающиеся временной перспективы людей с ДЦП. Как видно из таблицы 2.2.6, шкала «Будущее» является преобладающей по показателю среднего значения. Высокая ориентированность на будущее отражает наличие у респондентов вполне конкретных целей и планов, стремление к поставленным целям обуславливает поведение, ориентированное на осуществление планов в будущем. Полученные данные позволяют отметить доминирование положительного опыта над негативным.

Это свидетельствует о том, что свое позитивное прошлое участники группы воспринимают с позиции опыта, который лежит в основе их нынешнего состояния и возможного ресурса для дальнейшего личностного развития. Вместе с тем выявлена и неготовность принять негативное прошлое. В таком случае вышеупомянутый положительный опыт как ресурс не получает должной реализации в силу имеющегося процесса «застывания» на болезненных и травмирующих событиях прошлого.

Опираясь на средние значения по шкале «Гедонистическое настоящее», можно сделать вывод о том, что люди с ДЦП ориентированы на получение удовольствия в настоящем. Показатель по шкале «Фаталистическое настоящее» показывает ориентированность на предопределенность и невозможность влияния на будущее собственными усилиями, в таком случае настоящее должно переноситься с покорностью и смирением, ведь люди находятся во власти капризной (прихотливой) судьбы.

При оценке временной перспективы у людей с травмой позвоночника мы получили следующие результаты. Респонденты демонстрируют высокую ориентированность на будущее. События будущего для них являются положительно ожидаемыми и поэтому испытываемые нацелены на светлое будущее. Также можем отметить определенную позитивную реконструкцию прошлого, которое видится в радужном свете. Вместе с тем люди с травмой позвоночника отличаются низкой степенью неприятия собственного негативного прошлого. Отношение к прошлому в данном случае нельзя назвать пессимистичным и негативным. В таком случае мы можем говорить об определенной степени переосмысления своего прошлого опыта, как положительного, так и негативного, что, в свою очередь, дает возможность адекватно оценивать настоящее.

По шкале «Гедонистическое настоящее» люди с травмой позвоночника имеют достаточно высокую ориентированность на жизнь, в которой можно получать удовольствие «здесь и сейчас», это время для смелых экспериментов. Однако существует вероятность того, что высокая степень гедонистической ориентации во временной перспективе может привести к рискованному, праздному отношению к жизни. Сравнительный анализ показателей по шкале «Фаталистическое настоящее» показал, что люди с травмой позвоночника относятся к настоящему с большей фатальностью, чем люди с ДЦП.

Диспозиционный оптимизм. В рамках проводимого эмпирического исследования нами был выявлен уровень диспозиционного оптимизма у лиц с ограниченными физическими возможностями. Были получены следующие результаты (таблица 2.2.7).

Таблица 2.2.7 – Характеристика групп респондентов по показателям диспозиционного оптимизма

Группа с ДЦП		Группа с травмой позвоночника	
субшкала	среднее значение	субшкала	среднее значение
ТДО (позитивные ожидания)	12,19	ТДО (позитивные ожидания)	12,79
ТДО (негативные ожидания)	12,13	ТДО (негативные ожидания)	11,55
ТДО (общий показатель – ср. знач.)	24,32	ТДО (общий показатель – ср. знач.)	24,41

Установлено, что по субшкале «Позитивные ожидания» внутри своей группы респонденты демонстрируют более высокий средний балл. Это в некоторой мере свидетельствует о том, что люди с ограниченными физическими возможностями склонны видеть в будущем в основном положительные моменты, более склонны к активным действиям, обладают более высокими предпосылками для осуществления эффективной саморегуляции деятельности. Поскольку оптимисты видят желаемые результаты как достижимые, они чаще реагируют на трудности в активной манере, увеличивая усилия и настойчивость при стремлении достичь цели. Люди с низким уровнем диспозиционного оптимизма, напротив, не испытывают позитивных ожиданий в отношении преодоления трудностей и чаще отвечают на последние пассивным и избегающим поведением.

Сравнительный анализ данных теста показывает также и некоторые отличия в группах выборки, а именно среднее значение по показателю позитивных ожиданий незначительно выше в группе людей с травмой позвоночника, что говорит о большем количестве оптимистов среди людей с приобретенной инвалидностью, в то время как в группе с ДЦП преобладают пессимисты, что может объясняться личностными особенностями,

которые формировались в условиях врожденного заболевания, определенного стиля воспитания и влияния социального окружения.

Формирование положительных ожиданий у людей с травмой позвоночника, на наш взгляд, происходит благодаря более самостоятельной и активной позиции в жизни.

Рефлексивность. Рефлексивные способности рассматриваются как возможность осознавать и адекватно оценивать себя и внешний мир, чтобы эффективно действовать в постоянно меняющейся среде. В этой связи актуальным представлялся психологический анализ рефлексивных проявлений у лиц с ограниченными физическими возможностями. Рефлексивные способности позволяют осознать необходимость изменений самосознания с целью более эффективной адаптации и активного отношения субъекта к саморазвитию, самоизменению в ситуации инвалидизирующего заболевания.

Анализируя данные исследования уровня рефлексивности по методике А.В. Карпова и В.В. Пономаревой у респондентов, мы получили следующие показатели (рисунок 2.2.7).

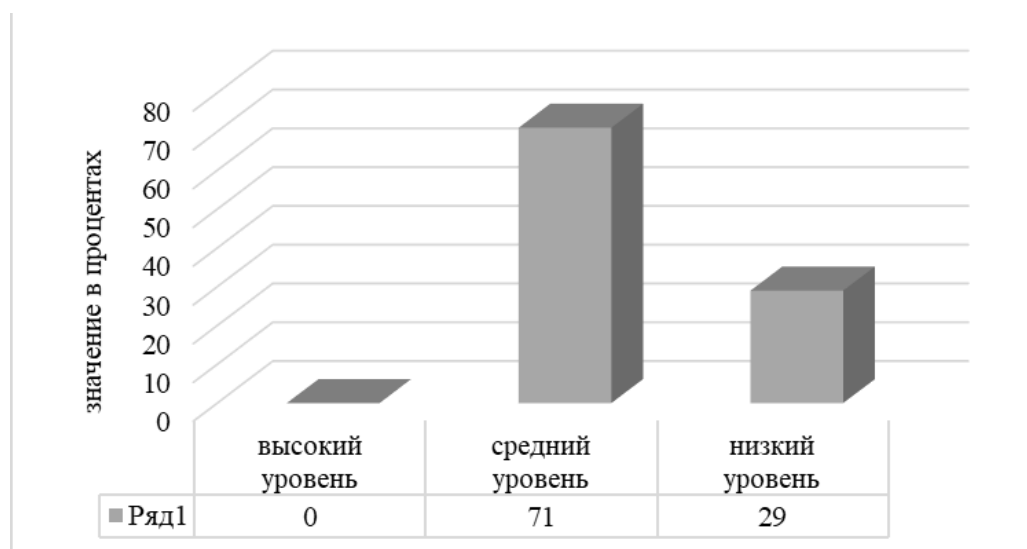


Рисунок 2.2.7 – Уровень рефлексивности в группе лиц с ДЦП

На диаграмме, представленной на рисунке 2.2.7, можем видеть, что испытуемых с ДЦП с высоким уровнем развития рефлексии не выявлено.

Средний уровень развития рефлексивности наблюдается у 71% респондентов. Средний уровень рефлексивности подразумевает способность к планированию своих действий, осознанию своего отношения к происходящей ситуации, анализу своих действий, а также поступков других людей, но рефлексивные процессы могут носить нерегулярный характер, а рефлексивный анализ осуществляться поверхностно.

29% респондентов данной группы показали низкий уровень рефлексивности, при котором, как правило, возникают трудности с планированием

своей деятельности, наблюдается шаблонное мышление, не проявляется способность к анализу совершенных ошибок в прошлом, наблюдается неумение использовать приобретенный позитивный или негативный опыт в преодолении сложных ситуаций, также возникают сложности с рефлексированием текущей ситуации. Человеку с низким уровнем рефлексивности проблематично поставить себя на место другого, а также сложно регулировать собственное поведение.

Группа лиц с травмой позвоночника показала следующие уровни рефлексивности (рисунок 2.2.8).

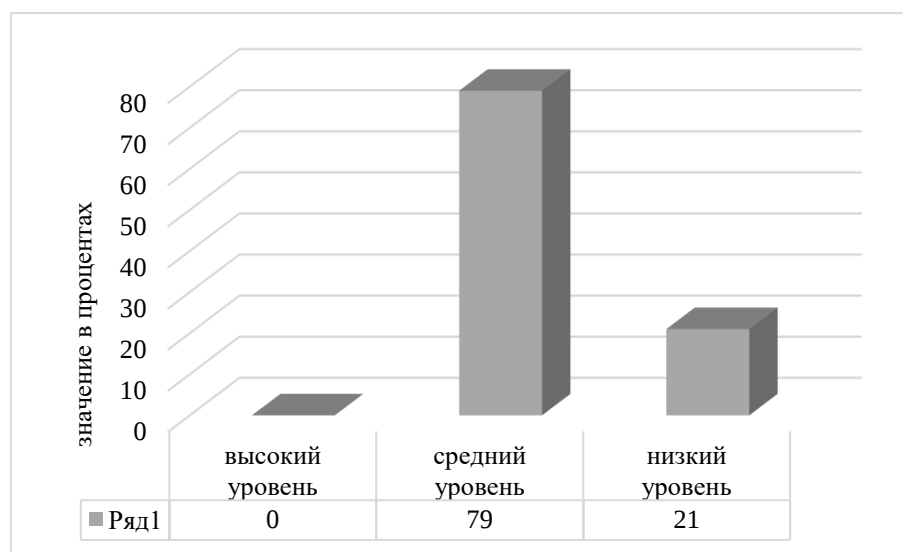


Рисунок 2.2.8 – Уровень рефлексивности в группе лиц с травмой позвоночника

У людей с травмой позвоночника не диагностирован высокий уровень рефлексивности. Большинство респондентов (79%) показали средний уровень рефлексивности, при котором склонны к планированию своих действий, осознанию своего отношения к происходящей ситуации, но рефлексивные процессы могут носить нерегулярный характер, а рефлексивный анализ осуществляться поверхностно. У оставшихся участников группы с травмой позвоночника (21%) выявлен низкий уровень рефлексивности. В данном случае наблюдаются отмеченные выше недостатки. На основании проведенного опроса респондентов можно считать отказ от активного рефлексирования, самоанализа жизни и деятельности защитной стратегией поведения лиц с ОФВ.

2.3 Сравнение психологических характеристик лиц с ограниченными физическими возможностями с разными социально-демографическими статусами

Цель – анализ связи социально-демографических факторов и уровня адаптации у лиц с ограниченными физическими возможностями.

В исследовании принял участие 51 человек: 33 женщины и 18 мужчин. Преобладающий возрастной диапазон – 25–35 лет. Выборку испытуемых составили лица, имеющие группу инвалидности, связанную с нарушением опорно-двигательного аппарата различной этиологии и степени тяжести. Выборка была разделена на две группы: в состав первой вошли лица с детским церебральным параличом (ДЦП) – 27 человек, в состав второй – лица с нарушением функционирования опорно-двигательного аппарата вследствие травмы позвоночника (ТП) – 24 человека. В ходе предварительного этапа выборка респондентов была сформирована из лиц, имеющих достаточный уровень социально-психологической адаптации и согласившихся принять участие в исследовании.

Для установления того, имеются ли между двумя группами испытуемых с ДЦП и травмой позвоночника (ТП), кроме медицинских, различия по анализируемым в исследовании параметрам, было проведено сравнение вышеназванных групп по социально-демографическим показателям (приложение Б). В случае количественных переменных был применен U-критерий Манна–Уитни. Когда переменные имели номинативный характер, был использован χ^2 -критерий Пирсона.

Статистически значимые различия между группами с ДЦП и ТП были обнаружены по таким параметрам, как возраст ($U=602$, $p=0,024$) – группа лиц с ДЦП достоверно младше, стаж инвалидности ($U=17$, $p=0,000$) – группа лиц с ДЦП имеет более длительный стаж инвалидности в связи с врожденным характером заболевания, проживание ($\chi^2=8,02$, $p=0,009$) – группа лиц с ДЦП достоверно чаще живет с родителями.

Анализ данных по группе респондентов с ДЦП с опорой на соответствующие показатели совместного распределения, с одной стороны, переменной адаптации и, с другой стороны, последовательно переменных пола, образования и трудоустройства позволил сделать следующие выводы. Фактор пола, по-видимому, влияет на уровень адаптации: доля женщин с высокой адаптацией (72%) заметно больше, чем доля мужчин с высокой адаптацией (33%). Параметр образования также связан с адаптацией: у лиц с высшим образованием адаптация выше. Среди испытуемых, имеющих высшее образование, высокий уровень адаптации наблюдается у 81%, а среди испытуемых, имеющих общее среднее образование, высокий уровень адаптации отмечается только у 27% человек. Определенную роль в адаптации играет также трудоустройство. Все работающие респонденты обследованной группы имели высокий уровень адаптации,

среди неработающих респондентов низкой адаптацией характеризовались 65%. Достоверных различий у лиц с ДЦП с разным уровнем адаптации не выявлено по следующим социально-демографическим характеристикам: возраст (он же стаж инвалидности) ($U=94$, $p=0,318$), семейное положение ($\chi^2=1,92$, $p=0,165$), проживание ($\chi^2=2,36$, $p=0,124$). Таким образом, можно сказать, что пол, образование и трудоустройство у лиц с ДЦП связаны с различиями в уровне адаптации.

Относительно социально-демографических параметров в группе лиц с травмой позвоночника с высоким и низким уровнями адаптации сравниваемые группы статистически значимо различаются по уровню образования ($\chi^2=9,22$, $p=0,002$) и проживанию ($\chi^2=7,18$, $p=0,007$). Анализируя данные совместного распределения переменных адаптации и образования, можно сделать вывод о том, что у 89% лиц с высшим образованием отмечен высокий уровень адаптации, что достоверно выше, чем у лиц с общим средним образованием (30% испытуемых). Показатели совместного распределения переменных адаптации и проживания свидетельствуют о том, что доля испытуемых с высокой адаптацией среди проживающих отдельно (73% человек) достоверно больше, чем доля таких испытуемых среди проживающих с родителями (25% человек).

Достоверных различий у лиц с травмой позвоночника между группами с разным уровнем адаптации не выявлено по следующим социально-демографическим характеристикам: возраст ($U=95$, $p=0,756$), стаж инвалидности ($U=96,5$, $p=0,807$), пол ($\chi^2=0,55$, $p=0,460$), семейное положение ($\chi^2=1,92$, $p=0,165$), трудоустройство ($\chi^2=0,55$, $p=0,460$).

Для того чтобы установить, с помощью каких именно параметров, входящих в совокупность переменных исследования, можно предсказывать, к какой из двух групп – высокая адаптация и низкая адаптация – будут отнесены взрослые люди с ДЦП, был применен дискриминантный анализ. Он производился пошаговым методом с включением переменных.

Модель дискриминации успешно предсказала принадлежность испытуемых к группам с высокой и низкой адаптацией в 94% случаев. В качестве дискриминантных переменных (предикторов) в модель статистически значимо вошли 3 социально-демографических параметра: образование ($\beta=0,77$), пол ($\beta=-0,68$) и проживание ($\beta=0,66$). Основываясь на средних значениях канонической функции, а также учитывая стандартизованные коэффициенты β -функции для дискриминантных переменных, можно дать качественную характеристику взрослым с ДЦП, достигшим высокого уровня адаптации и плохо адаптированным. А именно группу риска – с вероятностью попадания в группу с низким уровнем адаптации – составляют мужчины, не имеющие высшего образования, проживающие с родителями. В успешную группу с высокой адаптацией имеют больше шансов попасть женщины, получившие высшее образование, проживающие отдельно от родителей.

Рассматриваемая модель дискриминации для лиц с травмой позвоночника успешно предсказала принадлежность испытуемых к группам с высокой и низкой адаптацией в 90% случаев. В качестве дискриминантных переменных (предикторов) в модель статистически значимо вошли 3 социально-демографических параметра: образование ($\beta=1,02$), проживание ($\beta=0,76$) и пол ($\beta=0,55$). Наибольший вклад в разделение лиц с ТП на группы с высокой и низкой адаптацией вносит образование, затем следует проживание, потом пол.

На основании результатов дискриминантного анализа можно описать группу лиц с ТП. Основываясь на средних значениях канонической функции, а также учитывая стандартизованные коэффициенты β -функции для дискриминантных переменных, можно дать качественную характеристику взрослым с ТП, достигшим высокого уровня адаптации и плохо адаптированным. А именно группу риска – с вероятностью попадания в группу с низким уровнем адаптации – составляют женщины, не имеющие высшего образования, проживающие с родителями. В успешную группу с высокой адаптацией больше шансов имеют попасть мужчины, получившие высшее образование, проживающие отдельно от родителей.

Таким образом, в исследовании определены социально-демографические факторы, позволяющие прогнозировать адаптационные характеристики лиц с ограниченными физическими возможностями.

2.4 Взаимосвязь индивидуально-личностных характеристик лиц с ограниченными физическими возможностями с уровнем адаптации

Статистически значимые различия были выявлены по следующим психологическим параметрам: позитивное прошлое ($U=288,5$, $p=0,017$), эмоциональный дискомфорт ($U=299,5$, $p=0,026$), внешний контроль ($U=274$, $p=0,009$) и внутренняя картина болезни ($U=318$, $p=0,05$). На уровне тенденции к статистической значимости группы различаются по таким параметрам, как будущее ($U=336$, $p=0,092$), принятие себя ($U=321,5$, $p=0,058$), ведомость ($U=332$, $p=0,082$), эскапизм ($U=330$, $p=0,076$), вовлеченность ($U=321$, $p=0,057$) и контроль ($U=331,5$, $p=0,08$).

Анализ средних рангов для вышеперечисленных переменных показал, что показатели достоверно выше в группе респондентов с ДЦП, а показатели характеристик будущего, позитивного прошлого, вовлеченности и контроля достоверно выше в группе респондентов с ТП. Исходя из результатов статистического анализа различий между группами испытуемых, можно прийти к заключению, что эти группы существенно различаются, в связи с чем дальнейший анализ данных групп проводился отдельно.

Статистический анализ данных группы респондентов с ДЦП. Для того чтобы определить, существуют ли параметры, по которым в группе

с ДЦП различаются лица с высокой и низкой адаптацией, оцененной по жизненным показателям, были использованы U-критерий Манна–Уитни (для количественных данных) и χ^2 -критерий Пирсона (для номинативных данных).

Статистически значимые различия между группами с высоким и низким уровнями адаптации были обнаружены по таким психологическим параметрам, как будущее ($U=56,5$, $p=0,011$) и мотивационный компонент ($U=62$, $p=0,021$). По выраженности показателя позитивного прошлого выявлены различия по полу: женщины среди хорошо адаптированных лиц встречаются чаще, чем мужчины ($U=68,5$, $p=0,052$). Средний ранг для этой переменной у представительниц женского пола равен 18,69, у представителей мужского пола – 12,27, из чего следует, что у женщин оценка своего позитивного прошлого достоверно выше. Также было установлено, что у лиц с высшим образованием, у которых уровень адаптации значимо чаще является высоким, мотивационный компонент выражен достоверно сильнее ($U=63,5$, $p=0,025$). У них средний ранг для этой переменной равен 19,26, у лиц со средним образованием – 12,04. Работающих респондентов, у которых уровень адаптации значимо чаще высокий, отличаются от неработающих следующие параметры: принятие других ($U=54,5$, $p=0,052$), ведомость ($U=42,5$, $p=0,04$) и коммуникационный компонент ($U=52,5$, $p=0,038$). Средние ранги в сравниваемых группах для данных переменных свидетельствуют о том, что выраженность этих показателей (принятие других – на уровне тенденции) достоверно выше у тех, кто работает.

Дискриминантная модель для группы респондентов с ДЦП. Для психологических характеристик была получена дискриминантная модель, которая правильно предсказала принадлежность 81% испытуемых к группам с высокой и низкой адаптацией. В качестве дискриминантных переменных в модель статистически значимо вошли 3 психологических параметра: непринятие себя ($\beta=1,06$), мотивационный компонент ($\beta=0,72$) и негативные ожидания ($\beta=0,70$). Наибольший вклад в разделение лиц с ДЦП на группы с высокой и низкой адаптацией вносит непринятие себя (мощность данного предиктора приблизительно в 1,5 раза больше, чем двух других).

Группу риска с низким уровнем адаптации составляют взрослые с ДЦП с не критичным отношением к себе, со слабой мотивационной вовлеченностью в деятельность и слабостью негативных ожиданий, т.е. нереалистичным оптимизмом, неготовностью к неудачам и ожиданием постоянных успехов. В группу с более благоприятным прогнозом (с высокой адаптацией) имеют больше шансов попасть лица, которые реалистично оценивают свои возможности и ограничения, осознают проблемы и имеют сильную мотивацию к активности, развитию и изменению своей жизни.

Статистический анализ данных группы респондентов с ТП. Аналогичный статистический анализ данных был проведен для группы респондентов с ТП.

Статистически значимые различия между группами с высоким и низким уровнями адаптации были обнаружены по таким психологическим параметрам, как отношение к болезни ($U=58,5$, $p=0,054$), гедонистическое настоящее ($U=34,5$, $p=0,003$), позитивное настоящее ($U=43,5$, $p=0,009$), принятие себя ($U=52$, $p=0,027$), эмоциональный дискомфорт ($U=50,5$, $p=0,022$), доминирование ($U=50,5$, $p=0,022$), эскапизм ($U=40,5$, $p=0,006$) и разрешение проблем ($U=42$, $p=0,007$). Однако по параметру отношения к болезни обнаружена лишь тенденция к статистической значимости различий. Анализ средних рангов для вышеперечисленных психологических переменных показал, что все показатели, за исключением разрешения проблем, достоверно выше в группе с высокой адаптацией.

Дискриминантная модель для группы респондентов с ТП. В результате дискриминантного анализа, проведенного для психологических характеристик, была получена более качественная дискриминантная модель, чем на социально-демографических данных. Рассматриваемая модель успешно предсказала принадлежность испытуемых к группам с высокой и низкой адаптацией, о чем свидетельствует 97% правильных классификаций. В качестве дискриминантных переменных в модель статистически значимо вошли 4 психологических параметра: разрешение проблем ($\beta=-1,23$), принятие себя ($\beta=0,83$), локус контроля – жизнь как параметр жизнестойкости ($\beta=0,683$) и гедонистическое настоящее ($\beta=0,678$). Наибольший вклад в разделение лиц с ТП на группы по уровню адаптации вносит копинг разрешения проблем (мощность данного предиктора приблизительно в 1,5–2 раза больше трех других).

На основании результатов данного дискриминантного анализа можно описать лиц с ТП с высокой и низкой адаптацией с психологической точки зрения. Группу риска – с вероятностью попадания в группу с низким уровнем адаптации – составляют взрослые с ТП с сильной напряженностью копинга разрешения проблем, а также низким уровнем принятия себя на фоне слабого локуса контроля – жизнь и низким показателем гедонистического настоящего. Это можно интерпретировать как избегание проблем, низкую самооценку и неуверенность в своих силах, убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее, а также неготовность получать удовольствие от настоящего.

В группу с более благоприятным прогнозом (с высокой адаптацией) имеют больше шансов попасть лица с менее напряженным копингом разрешения проблем, высокими показателями принятия себя на фоне усиленного локуса контроля – жизнь и отчетливого восприятия гедонистического настоящего. Это означает, что эти люди имеют активную

поведенческую стратегию при столкновении с трудностями, опираются на собственные ресурсы и позитивные межличностные отношения, убеждены в том, что возможно контролировать свою жизнь, принимать решения и реализовывать их, прилагая усилия, ориентируются на получение удовольствия от происходящего в настоящем времени.

Таким образом, установлена взаимосвязь индивидуально-личностных характеристик лиц с ОФВ с уровнем адаптации. Построены модели дискриминантных предикторов, позволяющих наилучшим образом решать задачу прогнозирования того, каким уровнем адаптации обладает человек с ограниченными физическими возможностями различного генеза, что позволяет успешнее осуществлять психологическое сопровождение процесса адаптации и самореабилитации лиц с ограниченными физическими возможностями.

Факторный анализ применялся для уменьшения размерности исходных данных с целью их экономного описания при условии минимальных потерь исходной информации. В факторный анализ были включены данные по 21 переменной исследования. Он был проведен с использованием корреляционной матрицы, полученной методом ранговой корреляции Спирмена. Для извлечения факторов был применен метод главных компонент. Вращение факторных нагрузок переменных было произведено методом Варимакс с нормализацией. В результате были получены 3 фактора, объясняющие 82% общей дисперсии переменных. Статистики (собственные значения и процент объясненной дисперсии), выражающие объяснительную мощность факторов, представлены в таблице 2.4.1.

Таблица 2.4.1 – Статистики, отражающие объяснительную мощность факторов

Фактор	Собственное значение	Процент объясненной дисперсии	Накопленное собственное значение	Накопленный процент объясненной дисперсии
1	11,91	56,70	11,91	56,70
2	3,87	18,41	15,77	75,10
3	1,46	6,96	17,23	82,07

Первый полученный фактор имеет собственное значение 11,91, накопленный процент объясненной дисперсии – 56,70. Второй фактор имеет собственное значение 3,87, накопленный процент объясненной дисперсии – 75,10. Третий фактор имеет собственное значение 1,46, накопленный процент объясненной дисперсии – 82,07.

Таблица 2.4.2 – Результаты факторного анализа данных диагностики психологических переменных

№ п/п	Переменные	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
1	Эмоциональный дискомфорт	–0,13	–0,97	–0,05
2	Отношение к болезни	0,05	0,06	0,90
3	Гедонистическое настоящее	0,74	0,29	0,17
4	Позитивное прошлое	0,64	0,44	0,33
5	Принятие себя	0,60	0,19	0,64
6	Доминирование	0,65	–0,14	0,44
7	Эскапизм	–0,10	–0,92	–0,04
8	Разрешение проблем	0,71	0,35	0,35
9	Внутренний контроль	0,41	0,19	0,77
10	Локус контроля – жизнь	0,35	0,63	0,60
11	Будущее	0,77	0,37	0,36
12	Непринятие себя	–0,11	–0,96	–0,09
13	Внешний контроль	–0,05	–0,96	–0,14
14	Ведомость	0,00	–0,92	–0,20
15	Вовлеченность	0,43	0,65	0,49
16	Контроль	0,45	0,62	0,59
17	Мотивационный компонент	0,61	0,53	0,46
18	Принятие других	0,74	–0,20	0,24
19	Негативные ожидания	0,45	0,61	0,50
20	Коммуникативный компонент	0,82	0,24	0,15
21	Поиск соц. поддержки	0,91	–0,04	–0,09
22	Expl.Var	6,18	7,08	3,97
23	Prp.Totl	0,29	0,34	0,19

Результаты факторного анализа допускают следующую интерпретацию.

В полученный фактор 1 (однополюсной), собственное значение которого 11,91, вошли следующие переменные (перечислены в порядке уменьшения величины по модулю их факторных нагрузок): поиск социальной поддержки (0,82), коммуникативный компонент (0,82), будущее (0,77), гедонистическое настоящее (0,77), принятие других (0,74), разрешение проблем (0,71), доминирование (0,65), позитивное прошлое (0,64), мотивационный компонент (0,61) и принятие себя (0,60).

Данный фактор демонстрирует связь активных поведенческих копинг-стратегий, предполагающих использование социальной поддержки, опоры на других людей, привлечение собственных ресурсов, мотивированную вовлеченность в самореабилитацию и деятельность, с факторами позитивного восприятия временной перспективы, а также с принятием себя и других. На основании вышеизложенного фактор 1 можно назвать «**Коммуникативная активность**».

Таблица 2.4.3 – Фактор 1 «Коммуникативная активность»

№ п/п	Психологические переменные	Факторная нагрузка
1	Поиск социальной поддержки	0,82
2	Коммуникативный компонент	0,82
3	Будущее	0,77
4	Гедонистическое настоящее	0,77
5	Принятие других	0,74
6	Разрешение проблем	0,71
7	Доминирование	0,65
8	Позитивное прошлое	0,64
9	Мотивационный компонент	0,61
10	Принятие себя	0,60

Более подробное описание психологических переменных выглядит следующим образом.

Можно отметить наличие прямой пропорциональной зависимости успешной адаптации и следующих характеристик: активная поведенческая стратегия с опорой на других людей и/или личные ресурсы; позитивные межличностные отношения, коммуникативность с доминированием и желанием быть лучше других; ориентация на получение удовольствия в настоящем, импульсивность, склонность к риску; реалистичная целеустремленность в будущее с анализом ресурсов, планированием и доведением дел до конца; стремление к здоровью и усилия в самореабилитации; широкие интересы, включенность в учебу, работу; позитивное отношение к себе, высокая самооценка.

Негативный прогноз адаптации связан с такими характеристиками, как пассивная поведенческая стратегия, избегание проблем; самоизоляция и негативные отношения с другими; ситуативность (реактивность) поведения, неорганизованность, необязательность, отказ от усилий, проявление беспомощности; пассивность, отсутствие интереса к работе, учебе; эпизодические усилия в самореабилитации или капитуляция перед болезнью; низкая или неустойчивая самооценка.

В фактор 2 (двухполюсной), имеющий собственное значение 3,87, оказались включены такие переменные с их факторными нагрузками, как эмоциональный дискомфорт (–0,97), непринятие себя (–0,96), внешний контроль (–0,96), ведомость (–0,92), эскапизм (–0,92), вовлеченность (0,65), локус контроля – жизнь (0,63), контроль (0,62), негативные ожидания (0,61) и мотивационный компонент (0,53). Переменные, вошедшие в фактор с положительными факторными нагрузками, проявляются в нем на уровне своих более высоких значений, а переменные с отрицательными нагрузками – на уровне своих более низких значений. Фактор включает характеристику эмоционального благополучия, опирающегося на самооценку, уверенность/неуверенность в себе, качества, обеспечивающие возможность

справляться с жизненными невзгодами, включаться в деятельность, зависимость от окружающих и управление собственной жизнью. Данный фактор 2 можно назвать **«Самопринятие»**.

Таблица 2.4.4 – Фактор 2 «Самопринятие»

№ п/п	Психологические переменные	Факторная нагрузка
1	Эмоциональный дискомфорт	–0,97
2	Непринятие себя	–0,96
3	Внешний контроль	–0,96
4	Ведомость	–0,92
5	Эскапизм	–0,92
6	Вовлеченность	0,65
7	Локус контроля – жизнь	0,63
8	Контроль	0,62
9	Негативные ожидания	0,61
10	Мотивационный компонент	0,53

Более подробное описание психологических переменных выглядит следующим образом.

Успешная адаптация связана с такими характеристиками, как вовлеченность (компонент жизнестойкости), предполагающая интерес и включенность в деятельность, работу с удовольствием и общение с новыми людьми; контроль (компонент жизнестойкости) с уверенностью, что человек может влиять на свою жизнь и на происходящее, даже если успех не гарантирован; принимает решения и воплощает их, готов к трудностям и неудачам; проявляет реалистичную самостоятельность и ответственность.

Переменные с отрицательными факторными нагрузками описывают эмоциональное неблагополучие, безразличие или тревожность и недоверие своим чувствам, застревание на обидах; негативное отношение к себе за слабость и безволие; несамостоятельность в суждениях и действиях; уход от проблем в фантазии; человек считает свои усилия напрасными, не верит в возможность изменить жизнь, избегает трудностей; нуждается во внешних стимулах; находится под влиянием других людей; проявляет пессимистичную зависимость и пассивность.

Фактор 3, имеющий собственное значение 1,46, состоит из следующих переменных: отношение к болезни (0,90), внутренний контроль (0,77) и принятие себя (0,64). В данном факторе решающую роль играют отношение к болезни, внутренний контроль и собственная ответственность за происходящее в жизни, позитивное отношение к себе, что обеспечивает психологическую и социальную адаптированность. На основании общей характеристики переменных, вошедших в фактор 3, его можно назвать **«Отношение к болезни»**.

Таблица 2.4.5 – Фактор 3 «Отношение к болезни»

№ п/п	Психологические переменные	Факторная нагрузка
1	Отношение к болезни	0,90
2	Внутренний контроль	0,77
3	Принятие себя	0,64

Более подробное описание психологических переменных выглядит следующим образом.

Успешная адаптация связана с такими характеристиками, как психологическая и социальная адаптированность на основе гармоничного, анозогностического и эргопатического отношения к болезни (по методике ТОБОЛ). При гармоничном типе отношения к болезни человек адекватно оценивает свое состояние, активно участвует в реабилитации, в то же время не принимает роль больного, сохраняет систему ценностей здорового человека и стремится к активному социальному функционированию. Отношение к болезни по эргопатическому типу можно сравнить с «уходом с головой в работу», человек может не думать и не вспоминать об имеющихся ограничениях здоровья. Эргопатический тип отличается сверхответственной, стеничной позицией, касающейся работы. Также отмечается избирательность к медицинскому обследованию и лечению, обусловленная стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, сохранить статус «работающего» или «занятого» человека. Это можно объяснить желанием быть полезным и значимым для общества, несмотря на имеющиеся ограничения жизнедеятельности, и нежеланием признавать себя инвалидом. Анозогностический (эйфорический) тип также характеризуется активным отбрасыванием мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного состояния здоровья; наблюдается склонность расценивать проявления болезни как «несерьезные» или ситуативные. Нередко отмечается отказ от медицинского обследования, лечения и последующего наблюдения у профильных специалистов. Возникает достаточно стойкое желание «разобраться самому» и «обойтись собственными силами», не покидает мысль о том, что «все само обойдется». Также в этот фактор входит развитый самоконтроль, критичность, ответственность, позитивное отношение к себе.

Негативный прогноз адаптации (дезадаптивность) связан с такими характеристиками, как два варианта отношения к болезни – интрапсихической направленности (уход в болезнь, тревожность, подавленность, капитуляция перед болезнью) и интерпсихической направленности (стесняются заболевания, «используют» его для достижения своих целей, обвиняют окружающих, проявляют агрессию).

Таким образом, выявлены 3 фактора, которые позволяют прогнозировать успешность адаптации и самореабилитации лиц с ОФВ: «Коммуникативная активность», «Самопринятие», «Отношение к болезни».

2.5 Методические рекомендации для развития социально-психологических компонентов реабилитационного потенциала

Инвалидность как целостное многогранное явление создает особую социальную ситуацию развития, что, в свою очередь, приводит к специфическим изменениям личности, которые проявляются в виде изменений эмоциональной сферы, мотивации, нарушения отношения к себе и окружающим, нарушения активности. По Р.М. Войтенко, человек, имеющий болезнь или дефект, не просто «болеет» – он на протяжении ряда лет живет в «ситуации болезни» [11; 34]. Реабилитация означает не просто максимальный возврат или компенсацию утраченных биологических функций – необходимо включение индивида в психологическую, социальную и экономическую жизнь общества.

Реабилитационный потенциал – это комплекс биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные возможности. Другими словами, это возможность больного человека при определенных условиях и содействии реабилитационных служб и общества в целом приводить в действие (активизировать) свои биологические и социально-психологические механизмы восстановления нарушенного здоровья, ограничений жизнедеятельности, личностного статуса и положения в обществе [16; 17].

В связи с этим комплексная модель реабилитации не должна ограничиваться лишь минимизацией физических проявлений ограничений жизнедеятельности, а должна быть нацелена на развитие потенциальных возможностей личности, которые выступают существенным и необходимым условием для адаптации в физическом, социальном и психологическом плане к условиям жизнедеятельности. Именно индивидуально-психологические особенности личности должны стать центральным звеном при реализации психологического аспекта реабилитации для специалистов, работающих с данной категорией лиц.

В процессе психологического сопровождения людей с ОФВ происходит не только их адаптация к жизни, но и стоит вопрос о самореализации в ситуации инвалидизирующего заболевания. Именно этот аспект делает близким понятие психологического сопровождения понятию социально-психологической реабилитации. Процесс медицинской реабилитации и социально-психологическое сопровождение должны проходить совместно друг с другом. Современная концепция реабилитации предполагает создание системы, которая будет включать в себя согласованное взаимодействие трех элементов: реабилитационной среды, субъекта реабилитации и групповой деятельности.

В программе реабилитации лиц с ОФВ рекомендуется:

– усиление психологического компонента;

– создание со стороны субъектов реабилитационного процесса (совместно проживающих родителей и/или других людей, педагогов, психологов) условий для преодоления инфантилизма и обретения личностной зрелости, формирования позитивного образа Я, который предполагает принятие себя на физическом (отношение к телу), психологическом (самостоятельность, жизнестойкость, временная перспектива, рефлексия) и социальном (принятие других, коммуникация) уровнях.

Одним из направлений работы с людьми с ограниченными физическими возможностями является стимулирование адаптивных форм поведения, формирование специфических условий, в рамках которых психологические проблемы могли бы решаться с опорой на сохраненные качества личности, которые способствуют развитию позитивных аспектов личностного профиля, минимизируя тем самым имеющиеся физические ограничения.

Комплексная характеристика, которая достаточно полно отражает взаимодействие личности человека с окружающей средой и осуществляемой им деятельностью, – это психологическое пространство личности (С.К. Нартова-Бочавер). Психологическое пространство личности понимается как субъективно значимый фрагмент бытия, определяющий актуальную деятельность и стратегию жизни человека [49]. В него входит комплекс физических, социальных и психологических явлений, с которыми человек себя отождествляет (территория, личные вещи, социальные связи, установки). Для человека открываются возможности в овладении способностями:

- принимать себя;
- устанавливать контакты с окружающим миром;
- вести целенаправленную деятельность;
- осваивать пространство;
- устанавливать надежную привязанность.

Преодоление жизненных трудностей в ситуации болезни или травмы может осуществляться с помощью осознанного привлечения личностных характеристик в качестве ресурсов.

При психологическом сопровождении важно учитывать, что сама специфика нарушений неизбежно ведет к деформации личностного пространства. Актуальная задача – способствовать выработке адекватных копинг-стратегий поведения, опираясь на понимание особенностей развития личности в ситуациях врожденного и приобретенного ограничения физических возможностей.

Программа психологического сопровождения в период после медицинской реабилитации включает в себя следующие этапы: психологическая диагностика, разработка программы сопровождения, реализация программы психологического сопровождения реабилитационного процесса, постреабилитационная диагностика, оценка результатов и разработка рекомендаций для самореабилитации.

I этап: психологическая диагностика. Целью этапа является определение уровня психологического реабилитационного потенциала. На данном этапе решаются следующие задачи: определение особенностей когнитивных функций, состояние эмоционально-волевой сферы и выявление психологических особенностей группы лиц с ОФВ, обладающих разным уровнем психологического реабилитационного потенциала. Данный этап сопровождения определяет возможности психологического потенциала пациента, т.е. личностные ресурсы, за счет которых возможны компенсация ограниченных возможностей и наиболее полная адаптация и самореализация в актуальной для индивида социальной ситуации развития.

На II этапе психологическое сопровождение представлено непосредственно разработкой индивидуальной программы сопровождения. Программа опирается как на общий реабилитационный потенциал, так и на его психологическую составляющую. Здесь по результатам психодиагностики определяются методы (консультирование, арт-терапия, обучение навыкам саморегуляции) и формы (индивидуальные консультации, семейные консультации, групповая работа) психокоррекционной работы, ее сроки.

III этап: реализация программы психологического сопровождения. Целью является психологическая коррекция выявленных особенностей. На данном этапе реализуются задачи: формирование адекватной положительной мотивации на восстановление и адаптацию, развитие самореабилитационной компетентности. Формы работы: индивидуальные и семейные консультации, коррекционные занятия, беседы.

IV этап: постреабилитационная диагностика. Цель – оценка психологического состояния реабилитантов, получивших психологическое сопровождение.

На V этапе происходит оценка полученных результатов и на этой основе разрабатываются рекомендации для дальнейших действий, которые осуществляются в режиме *самореабилитации*. Основная цель – развитие или восстановление способности человека к саморегуляции на уровнях физиологического самочувствия, эмоционального состояния, организации деятельности и общения, мотивации, целеполагания и смысложизненной ориентации.

Отметим, что при общей схеме поэтапного сопровождения содержание и формы психологических взаимодействий со взрослыми лицами с ДЦП и взрослыми лицами с травмой позвоночника будут иметь характерные особенности.

Для взрослых лиц с ДЦП ключевым моментом выступает врожденный характер физических ограничений. Это означает, что ограничения являются естественным условием жизни, на фоне которого происходило формирование психологических качеств и личностных характеристик. Основной целью психологической реабилитации и самореабилитации становится преодоление инфантилизма и достижение личностной зрелости, предполагающей самостоятельную, ответственную и активную позицию по отношению

к себе и своей жизни. Основной вектор развития личности – приобретение свободы осознанного и ответственного выбора.

Для взрослых лиц с травмой позвоночника существует возможность опираться при адаптации и самореабилитации на ранее сформированные особенности психической организации: определенный уровень познавательных возможностей, мотивационную структуру личности, сложившуюся систему ценностей и жизненных установок, уровень оценки своих возможностей и ожиданий, опыт преодоления ситуации фрустрации основных потребностей после травмы. Основная цель психологической реабилитации – возвращение себе свободы выбора после ее потери вследствие травмы, выход на уровень активного обмена со средой и реализация потребностей в социальных контактах, доступном труде, интеллектуальной и творческой деятельности.

Таким образом, результаты проведенного нами исследования могут быть использованы в работе психологических служб различных профилей для диагностики ресурсов совладания с трудной жизненной ситуацией, а также для прогностической оценки успешности адаптации и самореализации лиц с ОФВ разного генеза.

Выводы по главе 2

В результате проведенного исследования были решены следующие задачи: осуществлен теоретический анализ основных понятий, описывающих процесс адаптации и реабилитации лиц с ОФВ; определена структура реабилитационного потенциала и его уровни; выявлены индивидуально-личностные характеристики лиц с ОФВ разного генеза; установлены значимые социально-демографические и психологические детерминанты адаптации; разработаны методические рекомендации для психологического сопровождения самореабилитации лиц с ограниченными физическими возможностями.

По результатам эмпирического исследования были сделаны следующие выводы:

1. Установлена взаимосвязь индивидуально-личностных характеристик лиц с ОФВ с уровнем адаптации. Построены модели дискриминантных предикторов, позволяющих наилучшим образом решать задачу прогнозирования того, каким уровнем адаптации обладает человек с ОФВ различного генеза, что позволяет успешнее осуществлять психологическое сопровождение процесса адаптации и самореабилитации лиц с ограниченными физическими возможностями.

2. Для лиц с ДЦП в качестве дискриминантных переменных в модель статистически значимо вошли 3 социально-демографических параметра: образование ($\beta=0,77$), пол ($\beta=-0,68$) и проживание ($\beta=0,66$). Группу риска (с низким уровнем адаптации) составляют мужчины, не имеющие высшего

образования, проживающие с родителями. В успешную группу с высокой адаптацией имеют больше шансов попасть женщины, получившие высшее образование, проживающие отдельно от родителей.

3. Для лиц с ДЦП в качестве дискриминантных переменных в модель статистически значимо вошли 3 психологических параметра: неприятие себя ($\beta=1,06$), мотивационный компонент ($\beta=0,72$) и негативные ожидания ($\beta=0,70$). Наибольший вклад в разделение лиц с ДЦП на группы с высокой и низкой адаптацией вносит неприятие себя.

Группу риска с низким уровнем адаптации составляют взрослые с ДЦП с некритичным отношением к себе, со слабой мотивационной вовлеченностью в деятельность и слабостью негативных ожиданий, т.е. нереалистичным оптимизмом, неготовностью к неудачам и ожиданием постоянных успехов. В группу с более благоприятным прогнозом (с высокой адаптацией) имеют больше шансов попасть лица, которые реалистично оценивают свои возможности и ограничения, осознают проблемы и имеют сильную мотивацию к активности, развитию и изменению своей жизни.

4. Для лиц с ТП в качестве дискриминантных переменных в модель статистически значимо вошли 3 социально-демографических параметра: образование ($\beta=1,02$), проживание ($\beta=0,76$) и пол ($\beta=0,55$). Наибольший вклад в разделение лиц с ТП на группы с высокой и низкой адаптацией вносит образование, затем следует проживание, потом пол.

5. Для лиц с ТП в качестве дискриминантных переменных в модель статистически значимо вошли 4 психологических параметра: разрешение проблем ($\beta=-1,23$), принятие себя ($\beta=0,83$), локус контроля – жизнь как параметр жизнестойкости ($\beta=0,683$) и гедонистическое настоящее ($\beta=0,678$). Наибольший вклад в разделение лиц с ТП на группы по уровню адаптации вносит копинг разрешения проблем. Группу риска (с низким уровнем адаптации) составляют взрослые с сильной напряженностью копинга разрешения проблем, низким уровнем принятия себя на фоне слабого локуса контроля – жизнь и низким показателем гедонистического настоящего. В группу с благоприятным прогнозом (с высокой адаптацией) имеют больше шансов попасть лица с менее напряженным копингом разрешения проблем, высокими показателями принятия себя на фоне усиленного локуса контроля – жизнь и отчетливого восприятия гедонистического настоящего.

6. Выявлены 3 фактора, которые позволяют прогнозировать успешность адаптации лиц с ОФВ: «Коммуникативная активность», «Самопринятие», «Отношение к болезни».

7. Психологическое сопровождение лиц с ОФВ разного генеза должно быть дифференцированным с учетом выявленных социально-демографических и психологических особенностей, личностного потенциала участников. Результаты исследования могут быть использованы в работе психологических служб различного профиля для диагностики психологических ресурсов адаптации и самореабилитации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение личностных возможностей и ресурсов, которые позволяют преодолевать трудные жизненные ситуации, в том числе и ситуацию инвалидности, является актуальным как для самого человека, так и для общества. При таких обстоятельствах именно определенные потенциальные возможности личности выступают существенным и необходимым условием для того, чтобы приспособиться к ситуации заболевания в физическом, социальном и психологическом плане. Процессы адаптации, самореабилитации и самореализации являются особенно актуальными для взрослых лиц с ОФВ. Для организации эффективной психологической помощи взрослым с ОФВ разного генеза необходимо было определить предикторы успешности процесса *самореабилитации* лиц с ОФВ в процессе жизни.

Результаты проведенного теоретического анализа и эмпирического исследования позволили сделать следующие выводы.

Под *реабилитацией* следует понимать сочетание взаимосвязанных медицинских, психологических, педагогических и социально-экономических действий, помогающих нивелировать или компенсировать ограниченную функциональность индивида, с целью восстановления утраченного социального положения и функционирования в обществе.

Понятие *реабилитационный потенциал* характеризует ресурсные возможности личности мобилизовать процессы компенсации и адаптации, направленные на улучшение состояния здоровья, восстановление функциональности, личностного и социального статуса в обществе. Возможности индивида компенсировать ограничения жизнедеятельности и являются *реабилитационным потенциалом лиц с ограниченными возможностями*. В контексте современного понимания развития личности в ситуации инвалидизирующего заболевания независимо от характера заболевания важной является проблема *психологической реабилитации человека*. На данный момент нет общепринятого определения понятия «психологический реабилитационный потенциал», нет единой модели компонентного состава данного понятия.

Психологический реабилитационный потенциал – это комплекс индивидуально-психологических черт личности (мотивационных, когнитивных, эмоциональных), а также социально-психологических факторов (окружение инвалида, установка на самореализацию), являющихся основным источником, способствующим его адаптации или реадаптации к изменившимся условиям жизни в результате возникновения и развития инвалидизирующего заболевания.

Установлена взаимосвязь социально-демографических и психологических характеристик лиц с ОФВ с уровнем адаптации. В качестве дискриминантных предикторов, позволяющих наилучшим образом решать задачу

прогнозирования того, каким уровнем адаптации – высоким или низким – обладает конкретный человек с ОФВ независимо от их генеза, в модель статистически значимо вошли следующие характеристики: образование, пол, проживание. Для лиц с ДЦП существенны 3 психологических параметра: неприятие себя, мотивационный компонент и негативные ожидания. Наибольший вклад в разделение лиц с ДЦП на группы с высокой и низкой адаптацией вносит параметр неприятия себя. Для лиц с ТП в качестве дискриминантных переменных в модель статистически значимо вошли 4 психологических параметра: разрешение проблем, принятие себя, локус контроля – жизнь как параметр жизнестойкости и гедонистическое настоящее. Наибольший вклад в разделение лиц с ТП на группы по уровню адаптации вносит копинг разрешения проблем.

Для взрослых лиц с ДЦП ключевым моментом выступает врожденный характер физических ограничений. Это означает, что ограничения являются естественным условием жизни, на фоне которого происходило формирование психологических качеств и личностных характеристик. Основная цель психологической реабилитации и самореабилитации – преодоление инфантилизма и достижение личностной зрелости, предполагающей самостоятельную, ответственную и активную позицию по отношению к себе и своей жизни. Основным вектор развития личности заключается в приобретении свободы осознанного и ответственного выбора.

Для взрослых лиц с травмой позвоночника существует возможность опираться при адаптации и самореабилитации на ранее сформированные особенности психической организации: определенный уровень познавательных возможностей, мотивационную структуру личности, сложившуюся систему ценностей и жизненных установок, уровень оценки своих возможностей и ожиданий, опыт преодоления ситуации фрустрации основных потребностей после травмы. Основная цель психологической реабилитации – возвращение себе свободы выбора после ее потери вследствие травмы, выход на уровень активного обмена со средой и реализация потребностей в социальных контактах, доступном труде, интеллектуальной и творческой деятельности.

В результате факторного анализа выявлены 3 фактора, которые позволяют прогнозировать успешность адаптации лиц с ОФВ: «Коммуникативная активность», «Самопринятие», «Отношение к болезни».

Таким образом, результаты нашего исследования могут быть использованы в работе социально-психологических служб для диагностики ресурсов совладания с трудной жизненной ситуацией, прогнозирования успешности самореабилитации и самореализации лиц с ОФВ разного генеза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Алферова, Т.С. Основы реабилитологии / Т.С. Алферова, О.А. Потехина. – Тольятти, 1995. – 148 с.
2. Анцыферова, Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии / Л.И. Анцыферова. – Изд. 2-е. – М.: Ин-т психологии РАН, 2006. – 512 с.
3. Бакулин, В.С. Психология болезни и инвалидности / В.С. Бакулин, И.Б. Грецкая, В.В. Петрова. – М.: Волгоград, 2010. – 14 с.
4. Бедерсон, Е.Ю. Программы реабилитации постинсультных больных в отделении восстановительного лечения / Е.Ю. Бедерсон, Е.Г. Бондаренко, О.Б. Милехина // Нейрореабилитация / ред. Г.Е. Иванова. – М.: МедПРЕССинформ, 2014. – 380 с.
5. Белов, В.П. Реабилитационный потенциал хронически больного: анализ, содержание, оценка / В.П. Белов, А.С. Вечканов, И.Н. Ефимов // Врачебно-трудовая экспертиза. Социально-трудовая реабилитация инвалидов. – М., 1975. – Вып. 2. – С. 26–31.
6. Белова, А.Н. Нейрореабилитация / А.Н. Белова. – М.: Антидор, 2000. – 568 с.
7. Боголюбов, В.М. Медицинская реабилитация или восстановительная медицина? / В.М. Боголюбов // Физиотерапия. Бальнеология. Реабилитация. – 2017. – № 1. – С. 3–12.
8. Булюбаш, И.Д. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы / И.Д. Булюбаш, И.Н. Морозов, М.С. Приходько. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2011. – 272 с.
9. Вальчук, Э.Э. Общественное здоровье и сохранение трудовых ресурсов / Э.Э. Вальчук. – Минск: Белорус. гос. ун-т, 2018. – 27 с.
10. Величко, С.В. Роль личностного потенциала в процессах социальной реадaptации / С.В. Величко // Перспективные информационные технологии и интеллектуальные системы. – 2004. – № 1(17). – С. 126–130.
11. Войтенко, Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: руководство для врачей и психологов / Р.М. Войтенко. – М.; СПб., 2011. – 192 с.
12. Гайдукевич, Е.А. Специфика внутренней картины дефекта подростков с ДЦП / Е.А. Гайдукевич // Вестн. психофизиологии. – 2018. – № 2. – С. 45–50.
13. Галушкин, П.А. Самореализация личности с ограниченными возможностями здоровья в инклюзивных практиках / П.А. Галушкин, Е.И. Исаев // Вестн. Рос. нов. ун-та. – 2018. – № 2. – С. 68–74.
14. Гиткина, Л.С. Основные положения концепции медицинской реабилитации / Л.С. Гиткина, В.Б. Смычек, Т.Д. Рябцева // Человек и его

здоровье: материалы VI Рос. конгр. с междунар. участием / редкол.: Г.Н. Буров, А.К. Дулаев, С.П. Евсеев. – М.; СПб., 2001. – С. 217.

15. Гольдблат, Ю. В. Медико-социальная реабилитация в неврологии / Ю.В. Гольдблат. – М.; СПб.: Политехника, 2006. – 607 с.

16. Гудилина, О.Н. Специфика личностного реабилитационного потенциала подростков с нарушениями статодинамической функции в связи со временем возникновения нарушения и степенью его тяжести / О.Н. Гудилина // Психологическая наука и образование. – 2012. – № 4. – С. 60–70.

17. Емельянов, Г.А. Реабилитационный потенциал личности пациента / Г.А. Емельянов, Е.Ф. Святская // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. / под общ. ред. В.Б. Смычка. – Минск: УП «Энциклопедикс», 2016. – 356 с.

18. Еремина, Н.В. О становлении концептуальной структуры термина «реабилитация» / Н.В. Еремина, Е.В. Бекишева, О.М. Рылкина // Рос. оториноларингология. – 2003. – № 2. – С. 35–38.

19. Зайцев, В.П. Медико-психологическая реабилитация больных и инвалидов / В.П. Зайцев // Терапевтический архив. – 2013. – № 10. – С. 105–110.

20. Зайцев, В.П. Клиническая шкала оценки психического статуса больных хроническими соматическими заболеваниями / В.П. Зайцев, Т.А. Айвазян // Вопросы курортологии, физиотерапии и учебной физической культуры. – 2010. – № 2. – С. 44–47.

21. Залученова, Е.А. Принципы оценки психологического компонента реабилитационного потенциала / Е.А. Залученова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1998. – № 2. – С. 29–32.

22. Зимбардо, Ф. Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь / Ф. Зимбардо, Дж. Бойд. – СПб.: Речь, 2010. – 352 с.

23. Знаков, В.В. Самопонимание субъекта как когнитивная и экзистенциальная проблема / В.В. Знаков // Психол. журн. – 2005. – Т. 26, № 1. – С. 18–28.

24. Зозуля, Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии: учеб. пособие / Т.В. Зозуля. – М.: Academia, 2001. – 224 с.

25. Иванец, Н.Н. Психиатрия и медицинская психология: учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 896 с.

26. Иванова, Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития / Г.Е. Иванова // Вестн. восстановительной медицины. – 2013. – № 5. – С. 3–8.

27. Ивачев, П.В. Теория и практика социально-медицинской работы: учеб. пособие / П.В. Ивачев. – М.: Екатеринбург: Изд. Калинина Г.П., 2007. – 256 с.

28. Кабанова, М.М. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях / М.М. Кабанова, И.Ю. Кулагина, Л.В. Сенкевич // Культурно-историческая психология. – 2015 – Т. 11, № 1. – С. 50–60.
29. Карпов, А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики / А.В. Карпов // Психол. журн. – 2003. – Т. 24, № 5. – С. 45–57.
30. Кислица, Г.К. Особенности психологического пространства у людей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / Г.К. Кислица // Психологическая наука и образование. – 2012. – № 4. – С. 26–32.
31. Клемешева, Ю.Н. Реабилитационный потенциал и его оценка при заболеваниях нервной системы / Ю.Н. Клемешева, О.Н. Воскресенская // Саратов. науч.-мед. журн. – 2009. – Т. 5, № 1. – С. 120–123.
32. Комплексная реабилитация инвалидов: учеб. пособие / под ред. Т.В. Зозули. – М.: Изд. Центр «Академия», 2005. – 304 с.
33. Копыток, А.В. Динамика первичной инвалидности в Республике Беларусь / А.В. Копыток, С.И. Лущинская // Санитарно-эпидемиологическая служба Республики Беларусь: сб. науч. тр. Междунар. науч.-практ. конф. «Здоровье и окружающая среда»: в 2 т. – Минск, 2016. – Т. 1. – С. 299–302.
34. Коробов, М.В. Реабилитационный потенциал: вопросы теории и применения в практике медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов / М.В. Коробов // Врачебно-трудовая экспертиза. Социально-трудовая реабилитация инвалидов. – М., 1995. – Вып. 17. – 29 с.
35. Кулагина, И.Ю. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях / И.Ю. Кулагина, Л.В. Сенкевич // Культурно-историческая психология. – 2015. – Т. 11, № 1. – С. 50–60.
36. Лильин, Е.Т. Детская реабилитология: учеб. пособие / Е.Т. Лильин, В.А. Доскин. – М.: Медкнига, 2008. – 291 с.
37. Личностный потенциал: структура и диагностика / под ред. Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2011. – 680 с.
38. Логинова, И.О. Аналитический обзор исследований по проблеме реабилитации и реабилитационного потенциала человека в современных медико-психологических публикациях / И.О. Логинова, О.В. Петряева // Психология. Психофизиология. – 2019. – Т. 12, № 4. – С. 34–43.
39. Лотова, И.П. Качество жизни инвалидов как междисциплинарная проблема / И.П. Лотова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2015. – № 2. – С. 53.
40. Лурия, А.Р. Внутренняя картина болезней и язтрогенные заболевания / А.Р. Лурия // Хрестоматия по патопсихологии. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981. – С. 49–59.
41. Магомед-Эминов, М.Ш. Реабилитационный потенциал пациентов после хирургического удаления опухолей головы и шеи: психолого-

педагогический аспект / М.Ш. Магомед-Эминов, О.С. Орлова, Д.В. Уклонская // Современные наукоемкие технологии. – 2019. – № 11. – С. 189–194.

42. Макарова, Л.В. Особенности социализации в условиях инвалидности / Л.В. Макарова // Дискуссия. – 2012. – № 6. – С. 133–139.

43. Маккавейский, П.А. Об определении понятия «реабилитация больных и инвалидов» / П.А. Маккавейский, В.П. Шестаков, К.А. Каменков // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. – № 4. – С. 27–32.

44. Мамардашвили, М.К. Как я понимаю философию / М.К. Мамардашвили. – 2-е изд., изм. и доп. – М.: Прогресс: Культура, 1992. – 414 с.

45. Медицинская реабилитация / под ред. В.М. Боголюбова. – М.: БИНОМ, 2007. – 676 с.

46. Морозова, Е.В. Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства) / Е.В. Морозова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. – № 1. – С. 42–46.

47. Нагаев, В.В. Основы клинической психологии: учеб. пособие для студентов вузов / В.В. Нагаев, Л.А. Жолковская. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2017. – 463 с.

48. Налчаджан, А.А. Социально-психологическая адаптация личности (формы и стратегии) / А.А. Налчаджан. – Ереван: Изд-во АН АрмССР, 1988. – 198 с.

49. Нартова-Бочавер, С.К. Психологическое пространство личности / С.К. Нартова-Бочавер. – М.: Прометей, 2005. – 312 с.

50. Организационные основы сестринского дела в реабилитации: учеб. пособие / Н.Г. Петрова [и др.]. – СПб.: СпецЛит, 2016. – 119 с.

51. Пирогова, Л.А. Основы медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии / Л.А. Пирогова. – М.: Гродно, 2008. – 212 с.

52. Порохина, Ж.В. Оценка уровня психологического реабилитационного потенциала инвалидов и влияние на нее различных психологических факторов (на примере больных с ИБС) / Ж.В. Порохина, Н.Б. Шабалина, Л.П. Поварова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. – № 2. – С. 27–29.

53. Порохина, Ж.В. Психологический реабилитационный потенциал инвалида (на примере больных с ишемической болезнью сердца): дис. ... канд. психол. наук: 19.00.10 / Ж.В. Порохина. – М., 2004. – 183 л.

54. Пузин, С.Н. Основы медико-социальной реабилитации инвалидов / С.Н. Пузин. – М.: Медицина, 2003. – 320 с.

55. Реабилитация после заболеваний: полный справочник / Л.Ф. Гайдаров [и др.]; [отв. ред. Н. Дубенюк]. – М.: Эксмо, 2008. – 702 с.

56. Рогачева, Т.В. Этапы и задачи комплексной реабилитации пациента реабилитационного центра [Электронный ресурс] / Т.В. Рогачева // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – № 6(35). – Режим доступа: <http://mprj.ru>. – Дата доступа: 12.01.2021.

57. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями: в 2 т. / под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М.: Антидор, 1999. – Т. II. – 648 с.
58. Руководство по реабилитации на уровне общины. Введение. Community based rehabilitation. Introductory booklet. – М.: Женева: ВОЗ, 2010. – 80 с.
59. Свиридов, Н.А. Социальная адаптация личности в трудовом коллективе: автореф. дис. ... канд. филос. наук: 09.00.09 / Н.А. Свиридов; Ленингр. гос. ун-т им. А.А. Жданова – Л., 1974. – 23 с.
60. Свистунова, Е.Г. Организационно-методические и социально-правовые аспекты медико-социальной реабилитации инвалидов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.23 / Е.Г. Свистунова; РГМУ. – М., 2004. – 54 с.
61. Селигман, М. Новая позитивная психология / М. Селигман. – М.: София, 2006. – 367 с.
62. Сидоров, П.И. Клиническая психология / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. – 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.
63. Смирнов, А.В. Самоизоляция личности в критической жизненной ситуации физической инвалидности / А.В. Смирнов. – М.; Екатеринбург: УГПУ, 2004. – 221 с.
64. Смычэк, В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б. Смычэк, Г.Я. Хулуп, В.К. Милькаманович. – Минск: ЮНИПАК, 2005. – 420 с.
65. Смычэк, В.Б. Основы реабилитации: курс лекций / В.Б. Смычэк. – Минск: [б. и.], 2000. – 132 с.
66. Специальная психология: учеб. пособие / под науч. ред. Л.М. Шипицыной. – М.; СПб.: Речь, 2003. – 216 с.
67. Старобина, Е.М. Реабилитация инвалидов: состояние и направления развития / Е.М. Старобина, Е.О. Гордиевская, И.П. Бородулина. – СПб.: ЭКСПЕРТ, 2007. – 144 с.
68. Халак, М.Е. Определение уровня психологического потенциала у лиц с ограниченными возможностями / М.Е. Халак // Концепт. – 2012. – № 10. – С. 16–22.
69. Халак, М.Е. Психологическое сопровождение восстановительного лечения лиц с ограниченными возможностями и низким психологическим реабилитационным потенциалом: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.10 / М.Е. Халак; НГПУ. – Нижний Новгород, 2012. – 24 с.
70. Чиждова, В.М. Содержание реабилитационного потенциала постинсультных пациентов как основа ресоциализации / В.М. Чиждова, О.И. Кардаш // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – № 1. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/soderzhanie-reabilitatsionnogo-potentsiala-postinsulnyh-patsientov-kak-osnovy-resotsializatsii>. – Дата доступа: 12.05.2021.

71. Шабалин, Н.Б. Пособие для психологов, работающих в учреждениях медико-социальной экспертизы и реабилитации / Н.Б. Шабалин. – М.: Академия, 2000. – 210 с.
72. Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 368 с.
73. Шмелёва, С.В. Медико-социальная реабилитация / С.В. Шмелёва. – М.: Изд-во РГСУ, 2013. – 290 с.
74. Юрьева, Р.Г. Аспекты совершенствования системы медико-социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями в Санкт-Петербурге / Р.Г. Юрьева // Детская и подростковая реабилитация. – 2010. – № 1(14). – С. 45–49.
75. Berger, J. Trauma without disability, disability without trauma: a disciplinary divide / J. Berger // JAC. – 2004. – Vol. 24, № 3. – P. 563–582.
76. Brooks, M. Health-related hardiness in individuals with chronic illnesses / M. Brooks // Clinical Nursing Research. – 2008. – Vol. 17(2). – P. 98–117.
77. Buetow, S.A. From rehabilitation to ultrabilitation: moving forward / S.A. Buetow, N. Kapur, G. Wolbring // Disability and Rehabilitation. – 2020. – № 42(11). – P. 1487–1489.
78. Burton, C.R. What is rehabilitation potential? Development of a theoretical model through the accounts of healthcare professionals working in stroke rehabilitation services [Electronic resource] / C.R. Burton, M. Horne, K. Woodward-Nutt // Disability and rehabilitation. – 2014. – № 37(21). – Mode of access: <https://www.tandfonline.com/doi/full>. – Date of access: 10.06.2022.
79. Chen, J.J. The lived experience of moving forward for clients with spinal cord injury: a Parse research method study / J.J. Chen // J Adv. Nurs. – 2010. – № 66(5). – P. 1132–1141.
80. Chen, J.J. The future of UIHC rehabilitation services: defining and measuring quality rehabilitation services / J.J. Chen, R.K. Yang // The Iowa Orthopedic. – 2009. – № 29. – P. 139–142.
81. Gerschick, T.J. Gender identities at the crossroads of Masculinity and Physical Disability / T.J. Gerschick, A.S. Miller // Men and Masculinities. – 1994. – Vol. 2, № 1. – P. 34–55.
82. Hale, E.D. The Common Sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? / E.D. Hale, G.J. Treharne, G.D. Kitas // Rheumatology. – 2007. – Vol. 46. – P. 904–906.
83. Karademas, E.C. The impact of emotion regulation and illness-focused coping strategies on the relation of illness-related negative emotions to subjective health / E.C. Karademas, C. Tsalikou, M.C. Tallarou // J. Health Psychol. – 2011. – Vol. 16, № 3. – P. 510–519.

84. Livneh, H. Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A cluster analytic approach / H. Livneh, S.M. Lott, R.F. Antonak // *Psychology Health and Medicine*. – 2004. – № 9. – P. 411–430.
85. Logar, S. Psychological factors in children with cerebral palsy and their families / S. Logar // *Eastern Journal of Medicine*. – 2012. – № 17. – P. 204–212.
86. Michelsen, S. Social integration of adults with cerebral palsy / S. Michelsen // *Developmental Medicine & Child Neurology*. – 2006. – № 48. – P. 643–649.
87. Oxford Handbook of Positive Psychology / Shane J. Lopez & C.R. Snyder (eds.). – Oxford: Oxford Univ. Press USA, 2009. – 784 p.
88. Rundell, S.D. Role of Health Services Research in Producing High-Value Rehabilitation Care / S.D. Rundell // *Physical Therapy*. – 2015. – № 95(12). – P. 1703–1711.
89. Stewart, D.A. Social Participation of Adolescents with Cerebral Palsy: Trade-offs and Choices / D.A. Stewart, J.J. Lawless, L.J. Shimmell // *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*. – 2011. – № 32(2). – P. 167–79.
90. Winter, K. Die Bedeutung der HerzKreislauf-Erkrankungen für Sterblichkeit, Arbeitsunfähigkeit und Invalidität / K. Winter. – Berlin: Verl. Volk und Gesundheit, 1962.

Список публикаций авторов

- 1–А. Ткач, М.Г. Психологические аспекты понятия «реабилитационный потенциал» лиц с ограниченными возможностями здоровья / М.Г. Ткач // *Право. Экономика. Психология*. – 2019. – № 3(15). – С. 88–92.
- 2–А. Косаревская, Т.Е. Психологические адаптационные характеристики лиц с ограниченными физическими возможностями / Т.Е. Косаревская, М.Г. Ткач // *Право. Экономика. Психология*. – 2020. – № 3(19). – С. 100–104.
- 3–А. Косаревская, Т.Е. Смыслоразнонаправленные ориентации как фактор социальной активности лиц с ограниченными физическими возможностями / Т.Е. Косаревская, М.Г. Ткач // *Право. Экономика. Психология*. – 2021. – № 2(22). – С. 73–77.

Статьи в научных сборниках и журналах

4–А. Ткач, М.Г. Исследование типа отношения к болезни у людей с нарушением опорно-двигательного аппарата / М.Г. Ткач // Психологический Vademecum: Психологическая феноменология в образовательной среде: мультидисциплинарный подход: сб. науч. ст. / под ред. С.Л. Богомаза, В.А. Каратерзи, С.Ф. Пашковича. – Витебск, 2019. – С. 263–267.

5–А. Косаревская, Т.Е. Личностное восприятие времени жизни лицами с ограниченными физическими возможностями / Т.Е. Косаревская, А.Н. Мамась, М.Г. Ткач // Психологический Vademecum: М.М. Бахтин и Витебщина: сб. науч. ст. / под ред. С.Л. Богомаза, В.А. Каратерзи, С.Ф. Пашковича. – Витебск, 2020. – С. 128–132.

Статьи в сборниках материалов научных конференций

6–А. Косаревская, Т.Е. Личностные факторы самореализации студентов / Т.Е. Косаревская, М.Г. Ткач // Наука – образованию, производству, экономике: материалы XXIV(71) Регион. науч.-практ. конф. преподавателей, науч. сотрудников и аспирантов, Витебск, 14 февр. 2019 г.: в 2 т. / Витеб. гос. ун-т; редкол.: И.М. Прищепа (гл. ред.) [и др.]. – Витебск, 2019. – С. 14–15.

7–А. Ткач, М.Г. Характеристика реабилитационного потенциала и его компонентов у людей с инвалидностью / М.Г. Ткач, А.Н. Мамась // Наука – образованию, производству, экономике: материалы 72-й Регион. науч.-практ. конф. преподавателей, науч. сотрудников и аспирантов, Витебск, 20 февр. 2020 г. / Витеб. гос. ун-т; редкол.: И.М. Прищепа (гл. ред.) [и др.]. – Витебск, 2020. – С. 363–364.

8–А. Косаревская, Т.Е. Психологические факторы реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья / Т.Е. Косаревская, М.Г. Ткач // Наука – образованию, производству, экономике: материалы 73-й Регион. науч.-практ. конф. преподавателей, научных сотрудников и аспирантов, Витебск, 11 марта 2021 г. / Витеб. гос. ун-т; редкол.: Е.Я. Аршанский (гл. ред.) [и др.]. – Витебск, 2021. – С. 294–295.

9–А. Косаревская, Т.Е. Рефлексия как фактор психологической реабилитации лиц с ограниченными физическими возможностями / Т.Е. Косаревская, М.Г. Ткач // Современная коррекционная педагогика и специальная психология в условиях общего, специального и инклюзивного образования: проблемы и решения: сб. науч. ст. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Воронеж, 23 марта 2021 г. / под ред. С.П. Дувановой, Н.А. Щербаковой. – Воронеж, 2021. – С. 135–138.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Социально-демографическая характеристика выборки

Численность выборки составляет 60 человек.

Гендерный состав: женщин – 35 человек; мужчин – 25 человек.

Возраст: 18–66 лет. Преобладающий возрастной диапазон: 25–35 лет (35 чел.); от 36 до 45 лет – 9 человек; от 46 до 66 лет – 10 человек.

Наличие образования:

высшее образование имеют 29 человек;

среднее специальное – 16 человек;

среднее (общеобразовательная школа) – 15 человек.

Семейное положение:

не состоят в браке – 50 человек;

женаты/замужем – 10 человек.

Трудоустройство (наличие официальной работы):

работают – 20 человек;

не работают – 40 человек.

Проживание:

отдельно и самостоятельно – 18 человек;

с родителями или иными лицами – 32 человека;

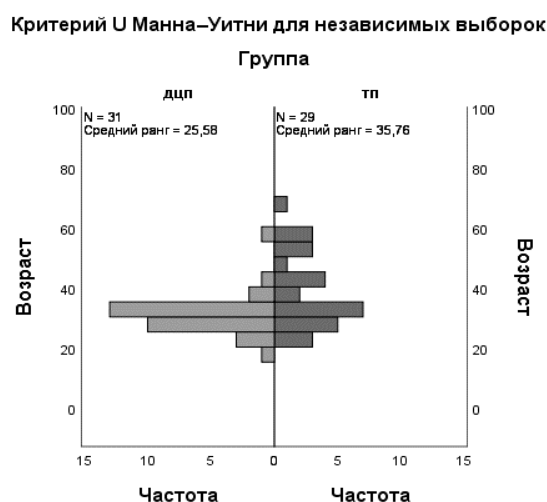
с собственной семьей (мужем/женой и детьми) – 10 человек.

Статистический анализ социально-демографических характеристик групп респондентов

1. Возраст респондентов (критерий Манна–Уитни)

Сводка U-критерия Манна–Уитни для независимых выборок	
Всего	60
U Манна–Уитни	602,000
W Вилкоксона	1037,000
Статистика критерия	602,000
Стандартная ошибка	67,461
Стандартизованная статистика критерия	2,261
Асимптотическая значимость (2-сторонний критерий)	0,024

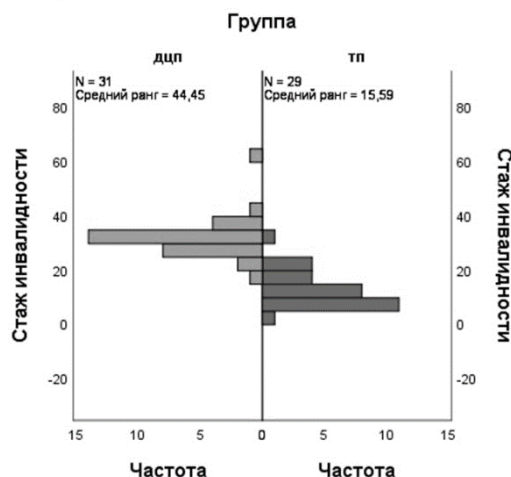
Вывод: группа лиц с ТП достоверно старше группы лиц с ДЦП.



2. Стаж инвалидности

Сводка U-критерия Манна–Уитни для независимых выборок	
Всего	60
U Манна–Уитни	17,000
W Вилкоксона	452,000
Статистика критерия	17,000
Стандартная ошибка	67,514
Стандартизованная статистика критерия	–6,406
Асимптотическая значимость (2-сторонний критерий)	0,000

Критерий U Манна–Уитни для независимых выборок



Вывод: группа лиц с ДЦП имеет достоверно более длительный стаж инвалидности.

3. Проживание (номинативные данные)

Комбинационная таблица Группа * Проживание				
Количество		Проживание		Всего
		с родителями	отдельно	
Группа	ДЦП	23	8	31
	ТП	11	18	29
Всего		34	26	60

Хи-квадрат Пирсона	Точная значимость (2-сторонняя)
8,024 ^a	0,009

Вывод: респонденты с ДЦП достоверно чаще живут с родителями и пользуются помощью при передвижении.

4. Физическая активность (номинативная шкала)

Комбинационная таблица Группа * Физическая активность				
Количество		Физическая активность		Всего
		инвалидная коляска	передвижение с помощью	
Группа	ДЦП	10	21	31
	ТП	29	0	29
Всего		39	21	60

Хи-квадрат Пирсона	Точная значимость (2-сторонняя)
30,223 ^a	0,000

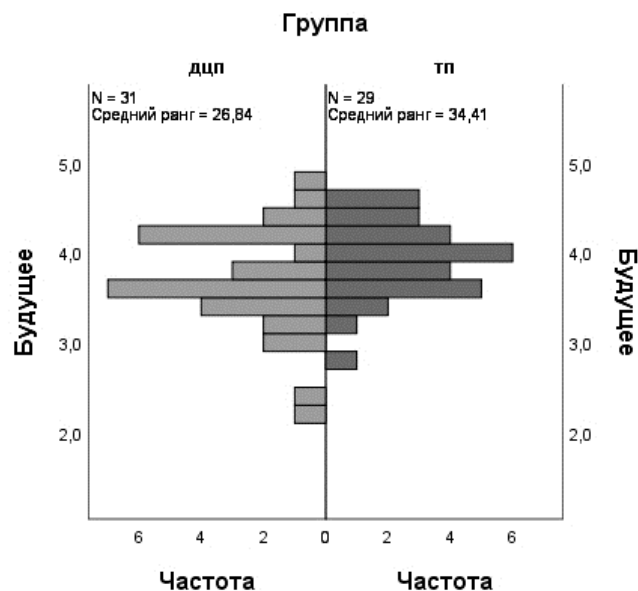
Статистический анализ психологических характеристик групп респондентов

Группы лиц с ДЦП и с ТП достоверно различаются по 10 параметрам:

	Будущее	Позитивное прошлое	Непринятие себя (балл)	Эмоц. дискомфорт (балл)	Внешн. контроль (балл)
U Манна–Уитни	336,000	288,500	321,500	299,500	274,000
W Вилкоксона	832,000	784,500	756,500	734,500	709,000
Z	–1,685	–2,385	–1,896	–2,222	–2,599
Асимп. знач. (2-сторонняя)	0,092	0,017	0,058	0,026	0,009

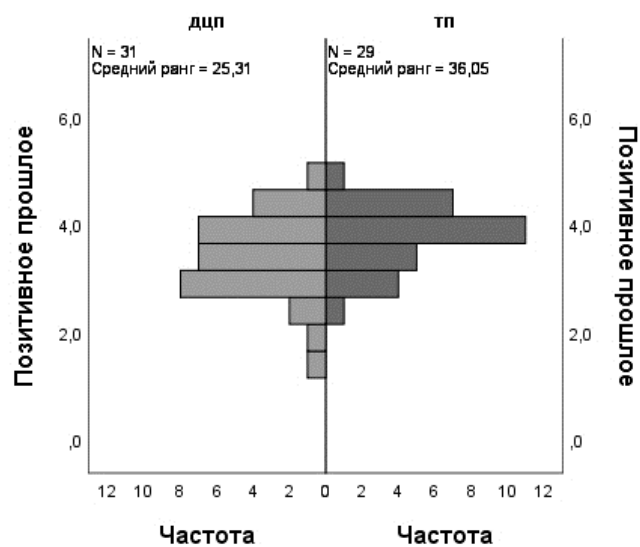
	Ведомость (балл)	Эскапизм (балл)	Внутр. картина болезни (балл)	Вовлеченность (балл)	Контроль (балл)
U Манна–Уитни	332,000	330,000	318,000	321,000	331,500
W Вилкоксона	767,000	765,000	753,000	817,000	827,500
Z	–1,742	–1,773	–1,957	–1,903	–1,750
Асимп. знач. (2-сторонняя)	0,082	0,076	0,050	0,057	0,080

Критерий U Манна–Уитни для независимых выборок



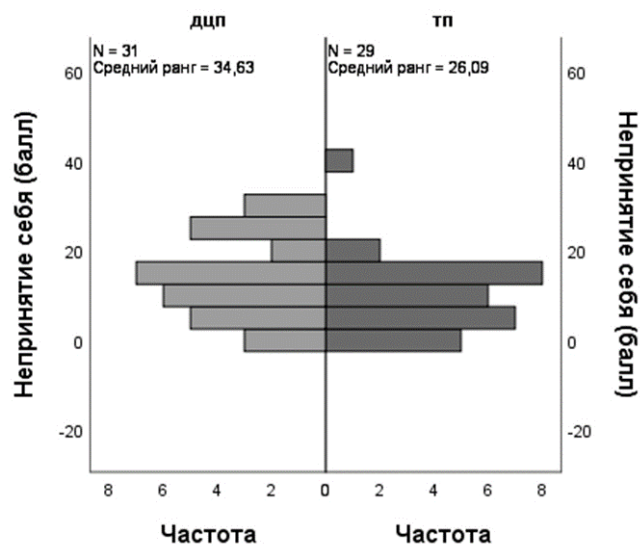
Критерий U Манна–Уитни для независимых выборок

Группа

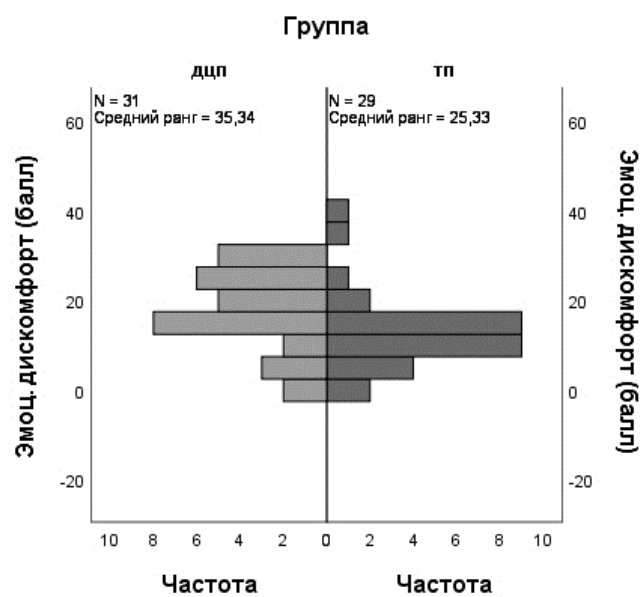


Критерий U Манна–Уитни для независимых выборок

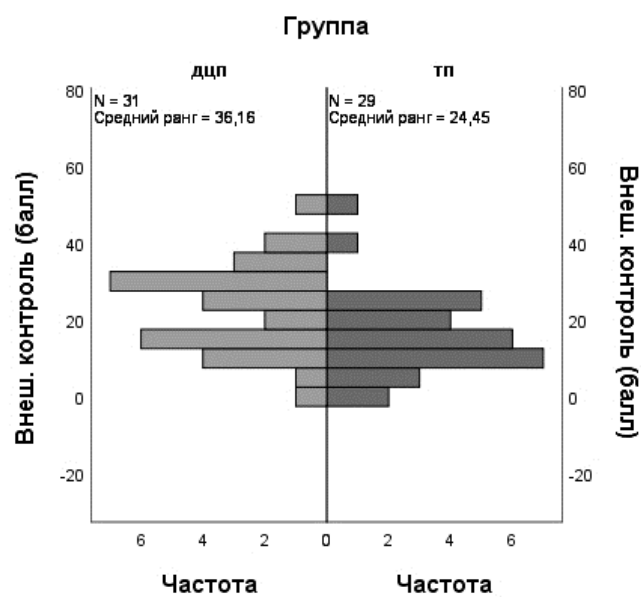
Группа



Критерий U Манна–Уитни для независимых выборок

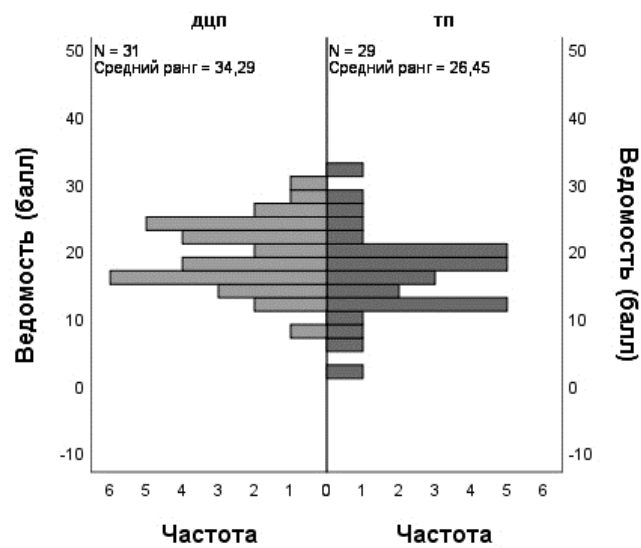


Критерий U Манна–Уитни для независимых выборок



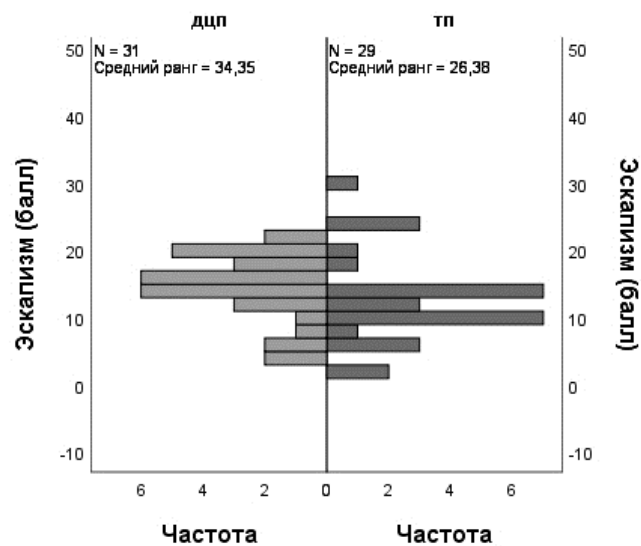
Критерий U Манна–Уитни для независимых выборок

Группа

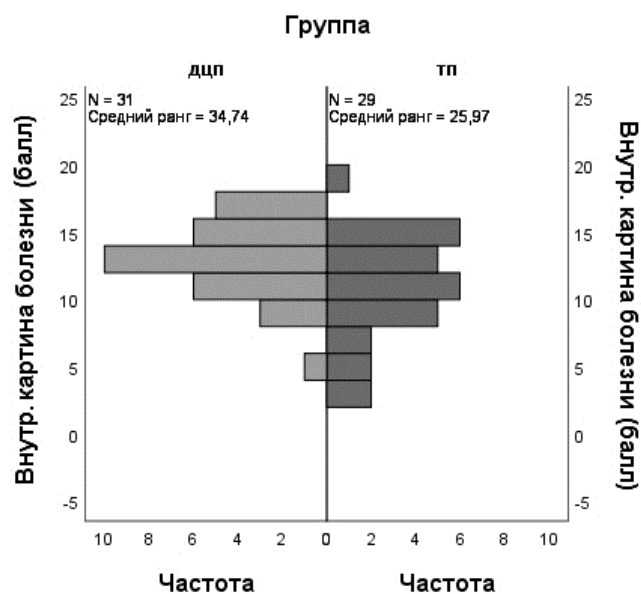


Критерий U Манна–Уитни для независимых выборок

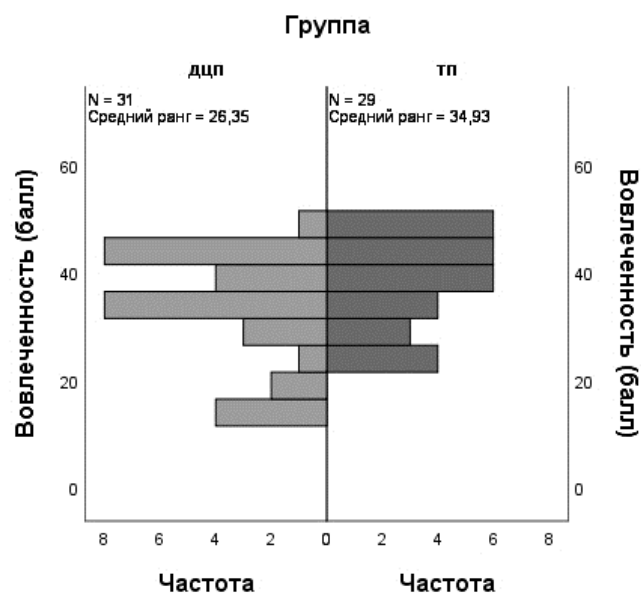
Группа



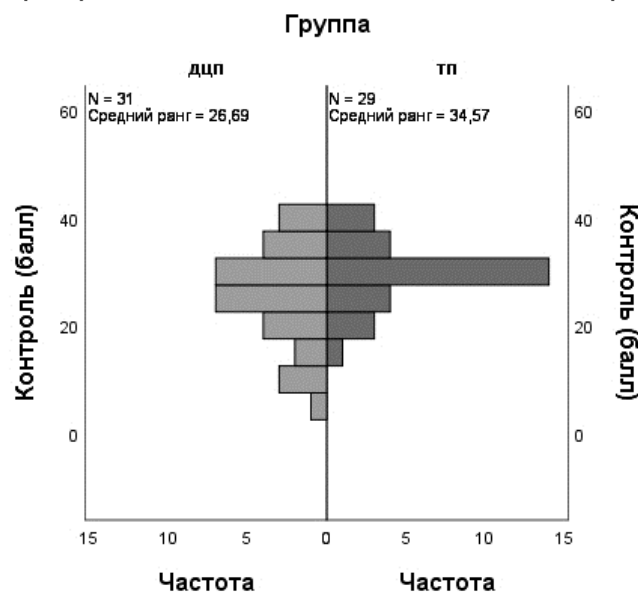
Критерий U Манна–Уитни для независимых выборок



Критерий U Манна–Уитни для независимых выборок



Критерий U Манна–Уитни для независимых выборок



Вывод: группы респондентов с ДЦП и с ТП существенно различаются. Необходим отдельный анализ.

Группа лиц с ДЦП

А. Есть ли параметры, достоверно различающие высокую и низкую адаптацию? Да, это 2 параметра – отношение к будущему и мотивационный компонент адаптации.

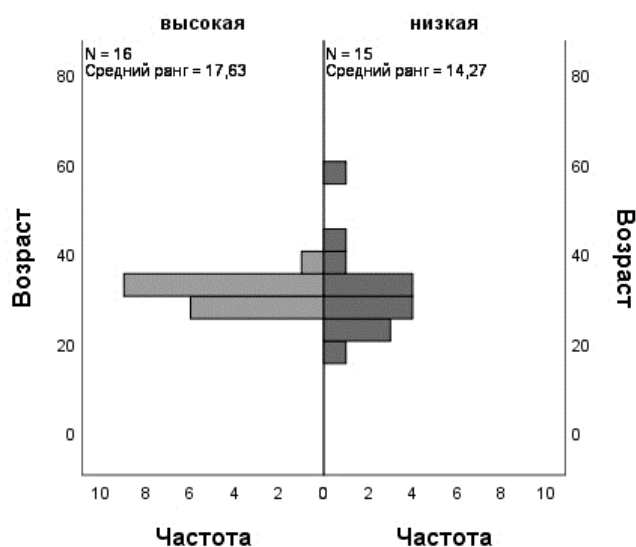
	Будущее	Мотивационный компонент (балл)
U Манна–Уитни	56,500	62,000
W Вилкоксона	176,500	182,000
Z	–2,522	–2,336
Асимп. знач. (2-сторонняя)	0,012	0,020
Точная знач. [2*(1-сторон. знач.)]	,011 ^b	,021 ^b

В. Значим ли возраст (он же стаж инвалидности) для различения уровней адаптации?

	Стаж инвалидности
U Манна–Уитни	94,000
W Вилкоксона	214,000
Z	–1,033
Асимп. знач. (2-сторонняя)	0,302
Точная знач. [2*(1-сторон. знач.)]	,318 ^b

Критерий U Манна–Уитни для независимых выборок

Адаптация (жизн. показатели)

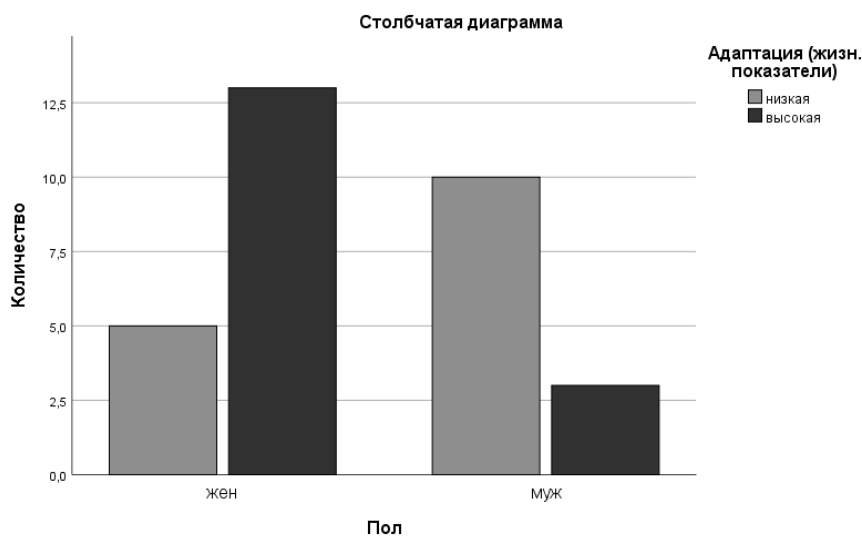


Вывод: параметр возраста не связан с уровнем адаптации.

С. Влияет ли параметр пола на различие лиц с высокой и низкой адаптацией?

Комбинационная таблица Пол * Адаптация (жизн. показатели)				
Количество		Адаптация (жизн. показатели)		Всего
		низкая	высокая	
Пол	жен.	5	13	18
	муж.	10	3	13
Всего		15	16	31

Критерий хи-квадрат					
	Значение	Ст. св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	Точная значимость (2-сторонняя)	Точная значимость (1-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	7,300 ^a	1	0,007		
Поправка на непрерывность ^b	5,465	1	0,019		
Отношения правдоподобия	7,627	1	0,006		
Точный критерий Фишера				0,011	0,009
Линейно-линейная связь	7,065	1	0,008		
Количество допустимых наблюдений	31				

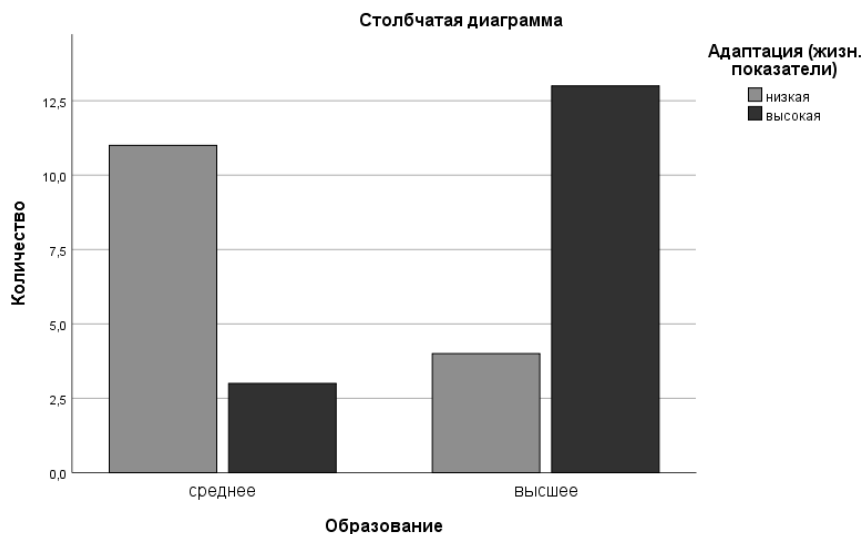


Вывод: доля женщин с высокой адаптацией заметно выше, чем мужчин.

D. Как связан с адаптацией параметр образования?

Комбинационная таблица Образование / Адаптация (жизн. показатели)				
Количество		Адаптация (жизн. показатели)		Всего
		низкая	высокая	
Образование	среднее	11	3	14
	высшее	4	13	17
Всего		15	16	31

Критерий хи-квадрат					
	Значение	Ст. св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	Точная значимость (2-сторонняя)	Точная значимость (1-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	9,314 ^a	1	0,002		
Поправка на не- прерывность ^b	7,240	1	0,007		
Отношения правдоподобия	9,844	1	0,002		
Точный крите- рий Фишера				0,004	0,003
Линейно- линейная связь	9,013	1	0,003		
Количество до- пустимых наблюдений	31				

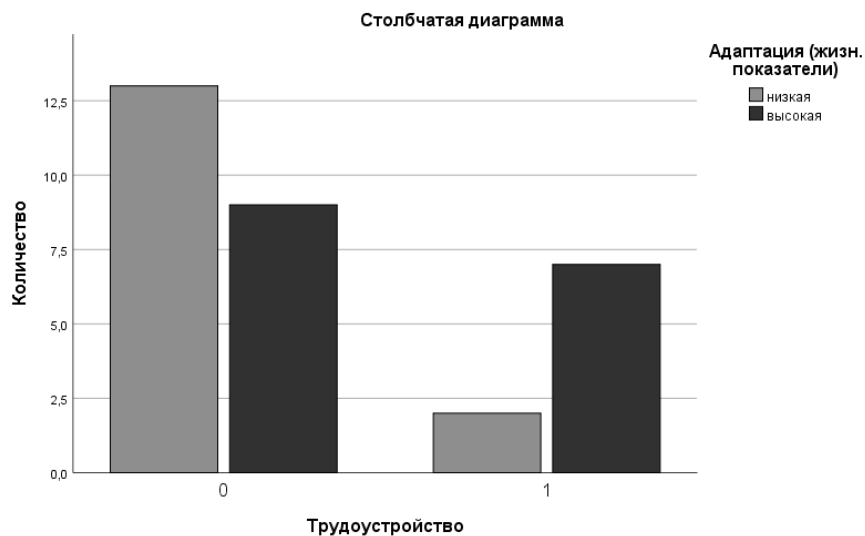


Вывод: у лиц с высшим образованием адаптация выше.

Е. Какова роль трудоустройства в адаптации?

Комбинационная таблица Трудоустройство / Адаптация (жизн. показатели)				
Количество		Адаптация (жизн. показатели)		Всего
		низкая	высокая	
Трудоустройство	не работает	13	9	22
	работает	2	7	9
Всего		15	16	31

Критерий хи-квадрат					
	Значение	Ст. св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	Точная значимость (2-сторонняя)	Точная значимость (1-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	3,476 ^a	1	0,062		
Поправка на непрерывность ^b	2,157	1	0,142		
Отношения правдоподобия	3,641	1	0,056		
Точный критерий Фишера				0,113	0,070
Линейно-линейная связь	3,364	1	0,067		
Количество допустимых наблюдений	31				

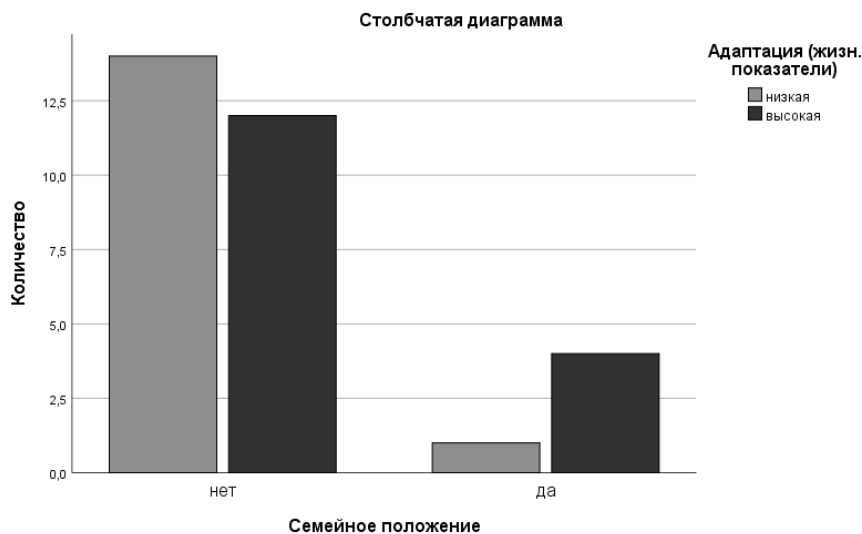


Вывод: не достоверно (мало трудоустроенных для статистического анализа), но среди работающих выше доля лиц с высокой адаптацией.

Ф. Какова роль семейного статуса?

Комбинационная таблица Семейное положение * Адаптация (жизн. показатели)				
Количество		Адаптация (жизн. показатели)		Всего
		низкая	высокая	
Семейное положение	нет	14	12	26
	да	1	4	5
Всего		15	16	31

Критерий хи-квадрат					
	Значение	Ст. св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	Точная значимость (2-сторонняя)	Точная значимость (1-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	1,924 ^a	1	0,165		
Поправка на не- прерывность ^b	0,807	1	0,369		
Отношения правдоподобия	2,049	1	0,152		
Точный крите- рий Фишера				0,333	0,186
Линейно- линейная связь	1,862	1	0,172		
Количество до- пустимых наблюдений	31				

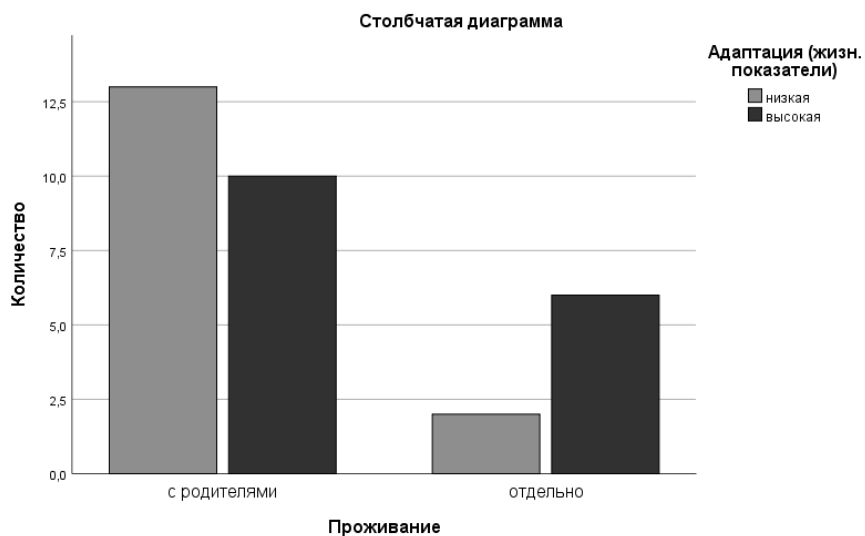


Вывод: достоверных различий нет (мало респондентов замужем-женатых).

Г. Какова роль самостоятельного проживания?

Комбинационная таблица Проживание / Адаптация (жизн. показатели)				
Количество		Адаптация (жизн. показатели)		Всего
		низкая	высокая	
Проживание	с родителями	13	10	23
	отдельно	2	6	8
Всего		15	16	31

Критерий хи-квадрат					
	Значение	Ст. св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	Точная значимость (2-сторонняя)	Точная значимость (1-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	2,362 ^a	1	0,124		
Поправка на не- прерывность ^b	1,268	1	0,260		
Отношения правдоподобия	2,453	1	0,117		
Точный крите- рий Фишера				0,220	0,130
Линейно- линейная связь	2,285	1	0,131		
Количество допустимых наблюдений	31				

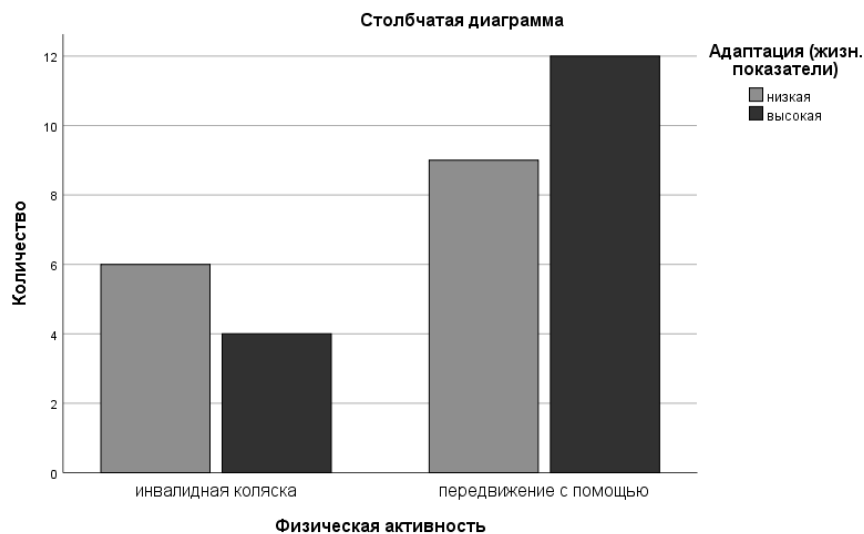


Вывод: недостоверно – мало тех, кто живет отдельно.

Н. Как физическая активность связана с уровнем адаптации?

Комбинационная таблица Физическая активность * Адаптация (жизн. показатели)				
Количество		Адаптация (жизн. показатели)		Всего
		низкая	высокая	
Физическая активность	инвалидная коляска	6	4	10
	передвижение с помощью	9	12	21
Всего		15	16	31

Критерий хи-квадрат					
	Значение	Ст. св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	Точная значимость (2-сторонняя)	Точная значимость (1-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	,797 ^a	1	0,372		
Поправка на не- прерывность ^b	0,258	1	0,611		
Отношения правдоподобия	0,800	1	0,371		
Точный крите- рий Фишера				0,458	0,306
Линейно- линейная связь	0,771	1	0,380		
Количество допустимых наблюдений	31				



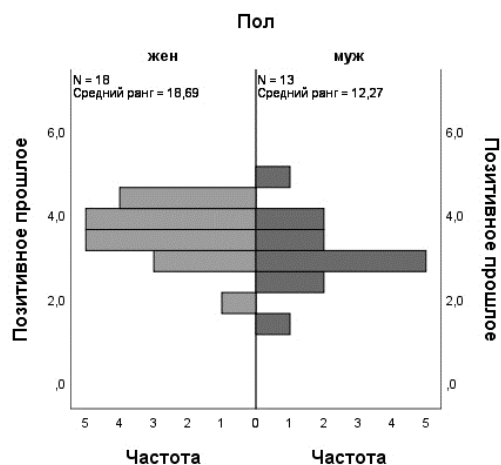
Вывод: достоверных различий не выявлено.

Таким образом, пол, образование и работа (трудоустройство) связаны с различием уровней адаптации.

• Пол. Женщины чаще среди хорошо адаптированных. Какой психологический параметр отличает их от мужчин? Единственный параметр – позитивное прошлое. У женщин он достоверно выше.

	Позитивное прошлое
U Манна–Уитни	68,500
W Вилкоксона	159,500
Z	–1,945
Асимп. знач. (2-сторонняя)	0,052
Точная знач. [2*(1-сторон. знач.)]	,051 ^b

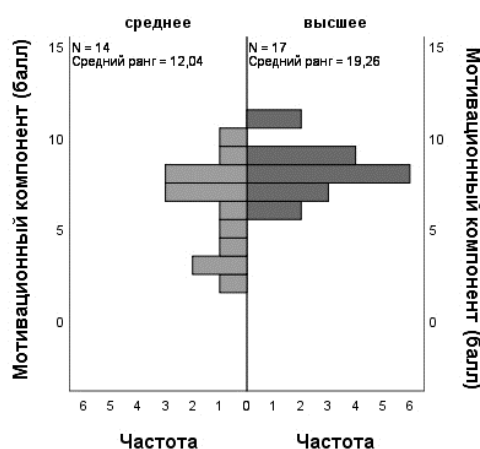
Критерий U Манна–Уитни для независимых выборок



•Образование. У лиц с высшим образованием уровень адаптации достоверно чаще является высоким. Какой параметр выше у лиц с высшим образованием? Мотивационный компонент адаптации.

U Манна–Уитни	63,500
W Вилкоксона	168,500
Z	–2,244
Асимп. знач. (2-сторонняя)	0,025
Точная знач. [2*(1-сторон. знач.)]	,026 ^b

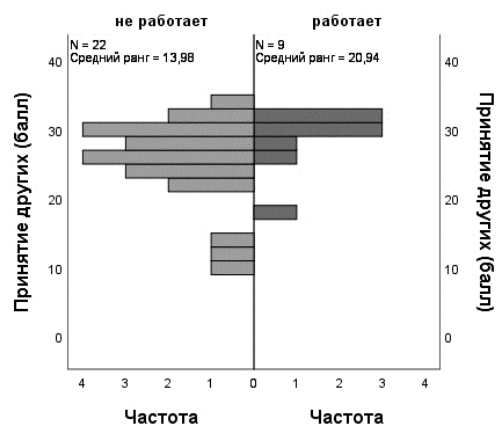
Критерий U Манна–Уитни для независимых выборок
Образование



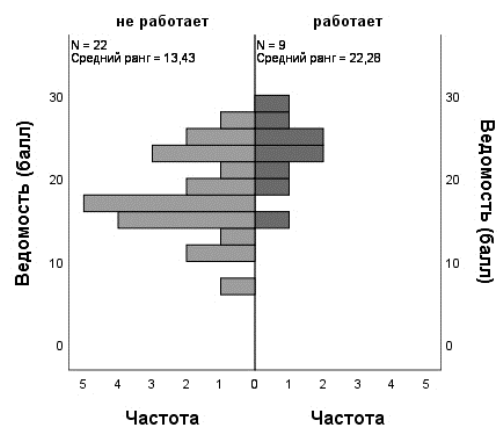
•Трудоустройство. У тех, кто работает, уровень адаптации чаще высокий. Какие параметры отличают работающих лиц от неработающих? Это принятие других (выше у работающих), ведомость (выше у работающих) и коммуникационный компонент (выше у работающих).

	Принятие других (балл)	Ведомость (балл)	Коммуник. компонент (балл)
U Манна–Уитни	54,500	42,500	52,500
W Вилкоксона	307,500	295,500	305,500
Z	–1,943	–2,464	–2,073
Асимп. знач. (2-сторонняя)	0,052	0,014	0,038
Точная знач. [2*(1-сторон. знач.)]	,052 ^b	,012 ^b	,041 ^b

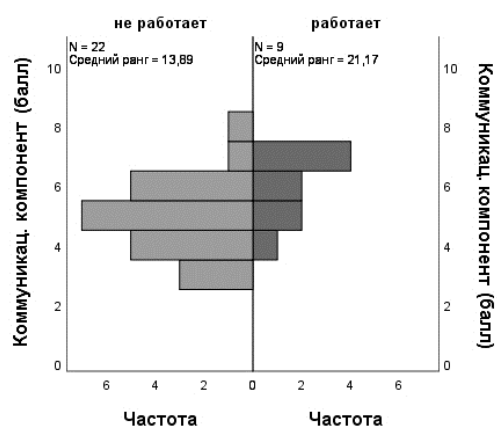
Критерий U Манна–Уитни для независимых выборок
Трудоустройство



Критерий U Манна–Уитни для независимых выборок
Трудоустройство



Критерий U Манна–Уитни для независимых выборок
Трудоустройство



Дискриминантная модель

Какие параметры могут предсказывать попадание в группу с высокой и низкой адаптацией?

А. Социально-демографические данные (номинативные). Для них анализ проводился отдельно.

Сводка канонических дискриминантных функций

Собственные значения				
Функция	Собственное значение	% дисперсии	Суммарный %	Каноническая корреляция
1	1,147 ^a	100,0	100,0	0,731
а. Для анализа использовались первые 1 из канонических дискриминантных функций				

Лямбда Уилкса				
Критерий для функций	Лямбда Уилкса	Хи-квадрат	Ст. св.	Знач.
1	0,466	21,017	3	0,000

Коэффициенты стандартизованной канонической дискриминантной функции	
	Функция
	1
Пол	–0,683
Образование	0,769
Проживание	0,655

Коэффициенты канонической дискриминантной функции	
	Функция
	1
Пол	–1,532
Образование	1,787
Проживание	1,506
(Константа)	–0,726
Нестандартизованные коэффициенты	
Функции в центроидах групп	
Адаптация (жизн. показатели)	Функция
	1
низкая	–1,070
высокая	1,003
Нестандартизованные канонические дискриминантные функции, вычисленные в групповых средних	

Результаты классификации ^{а,с}					
Адаптация (жизн. показатели)					Всего
Исходный					15
		высокая	1	15	16
	%	низкая	93,3	6,7	100,0
		высокая	6,3	93,8	100,0
Перекрестно проверено ^б	Количество	низкая	14	1	15
		высокая	1	15	16
	%	низкая	93,3	6,7	100,0
		высокая	6,3	93,8	100,0
а. 93,5% исходных сгруппированных наблюдений классифицированы правильно					

Таким образом, в дискриминантной функции остались 3 социально-демографических параметра – пол, образование, проживание. Качественная модель успешно предсказала разделение испытуемых по группам с высокой и низкой адаптацией в 94% случаев (по 1 ошибке в ячейках).

Вероятность попадания в группу риска (с низким уровнем адаптации) выше у мужчин, без высшего образования, проживающих с родителями. В успешную группу (с высоким уровнем адаптации) чаще попадают женщины с высшим образованием, проживающие отдельно. Мощность коэффициентов влияния приблизительно одинакова у всех параметров.

В. Психологические параметры

Сводка канонических дискриминантных функций

Собственные значения				
Функция	Собственное значение	% дисперсии	Суммарный %	Каноническая корреляция
1	,819 ^а	100,0	100,0	0,671
а. Для анализа использовались первые 1 из канонических дискриминантных функций				

Лямбда Уилкса				
Критерий для функций	Лямбда Уилкса	Хи-квадрат	Ст. св.	Знач.
1	0,550	16,447	3	0,001

Коэффициенты стандартизованной канонической дискриминантной функции	
	Функция
	1
Непринятие себя (балл)	1,060
Мотивационный компонент (балл)	0,720
Негативные ожидания	0,699

Коэффициенты канонической дискриминантной функции	
	Функция
	1
Непринятие себя (балл)	0,120
Мотивационный компонент (балл)	0,363
Негативные ожидания	0,147
(Константа)	–6,158
Нестандартизованные коэффициенты	

Функции в центроидах групп	
Адаптация (жизн. показатели)	Функция
	1
низкая	–0,904
высокая	0,847
Нестандартизованные канонические дискриминантные функции, вычисленные в групповых средних	

Результаты классификации ^{а,с}					
Адаптация (жизн. показатели)					Всего
Исходный					15
		высокая	3	13	16
	%	низкая	80,0	20,0	100,0
		высокая	18,8	81,3	100,0
Перекрестно проверено ^б	Количество	низкая	10	5	15
		высокая	3	13	16
	%	низкая	66,7	33,3	100,0
		высокая	18,8	81,3	100,0
а. 80,6% исходных сгруппированных наблюдений классифицированы правильно					

Таким образом, в модель вошли только 3 параметра – неприятие себя, мотивационный компонент, негативные ожидания. Модель не такая качественная, как полученная на социально-демографических данных. Каноническая корреляция 0,67, Лямбда Уилкса довольно высокая (0,55), но ее хватает, чтобы модель была достоверной ($p < 0,001$). Она предсказывает 81% точных классификаций (по 3 ошибки в ячейках).

В группу риска (с низким уровнем адаптации) чаще попадают лица с низким уровнем неприятия себя (самый мощный из коэффициентов), на фоне низкого мотивационного компонента и низкого уровня негативных ожиданий. Мощность первого параметра приблизительно в 1,5 раза больше двух других параметров. Соответственно, более благоприятный прогноз по адаптации у лиц с высоким показателем неприятия себя (с пониманием того, что все не так хорошо, как хотелось бы), с признанием проблем впереди и мощной мотивацией изменить жизнь.

Научное издание

КОСАРЕВСКАЯ Татьяна Евстафьевна

ТКАЧ Марина Григорьевна

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛИЦ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ**

Монография

Технический редактор

Г.В. Разбоева

Корректор

Л.В. Моложавая

Компьютерный дизайн

В.Л. Пугач

Подписано в печать 23.09.2022. Формат 60х84 ¹/₁₆. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 7,61. Уч.-изд. л. 8,06. Тираж 45 экз. Заказ 158.

Издатель и полиграфическое исполнение – учреждение образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

Свидетельство о государственной регистрации в качестве издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий

№ 1/255 от 31.03.2014.

Отпечатано на ризографе учреждения образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

210038, г. Витебск, Московский проспект, 33.