**«особи з інвалідизуючими захворюваннями»**

**Психологічні особливості особистісної сфери осіб з інвалідизуючими захворюваннями**

**ЗМІСТ**

Вступ……………………………………………………………………..…………3

Розділ 1. Теоретико-методологічні основи вивчення психології осіб з інвалідизуючими захворюваннями у науці…………………………………………………………………………6

1.1. Наукові підходи до проблеми психології осіб з інвалідизуючими захворюваннями………………………………………………………………..6

1.2. Психологічні особливості осіб з інвалідизуючими захворюваннями…………..................................................................................8

Розділ 2. Емпіричне дослідження особистісної сфери осіб з інвалідизуючими захворюваннями ……………….……..........15

2.1. Інструментарій і процедура дослідження …………………………………...15

2.2. Обробка та аналіз отриманих результатів……………………………....……18

Висновки…………………………………………………………………...……27

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ……….………………………..……29

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** В останні роки в зв'язку зі зміною Концепції інвалідності, реабілітація інвалідів стала усвідомленою основою соціальної політики держави. Головним напрямком цієї політики стала комплексна (медична, психологічна та соціальна) реабілітація інвалідів. Саме комплексна реабілітація повертає інваліда до повноцінного і нормального життя. Добре продумана система реабілітаційних заходів здатна практично повністю повернути дану категорію осіб до звичного способу і ритму життя. Але без урахування особистісних особливостей інваліда і оцінки його ресурсних можливостей, неможливо вибудувати ефективну систему реабілітаційних заходів, здатних повернути людину до повноцінного життя.

Вивчення психологічних особливостей та динаміки особистісних змін у людей з обмеженими функціональними можливостями, а також здійснення кваліфікованого психологічного супроводу представників даної категорії, належить до числа **актуальних проблем** на сучасному етапі розвитку суспільства, в сфері соціальної політики, в рамках реабілітації даної категорії людей. У вітчизняній науці розглядаються різні аспекти вивчення означеної проблеми. Так, особливості ситуації розвитку особистості з різними хворобами, травмами, дефектами, питання їх психологічної готовності прийняти на себе новий статус і інтегруватись в соціум висвітлено в роботах Р.М.Войтенко, І.Ю.Левченко, Н.Б. Шабаліна та ін. У дослідженнях Е.Б.Боровик, В. М.Коробов, А.І.Осадчих і ін. зазначено, що психологічна реабілітація грає одну з головних ролей в системі реабілітаційних заходів, так як зміна соціальної ситуації розвитку людини, пов'язаної з хронічним захворюванням і інвалідністю, призводить до специфічних змін його особистості, що позначається на всіх сферах життєдіяльності людини. У ряді досліджень (О.Т. Соколова, А.Ю.Рождественський, М.Пауелл, В.М.Куніцина, А.Лоуен, Т.Кеш) образ тіла розглядається як складне структурне утворення, що включає в себе когнітивну, емоційно-оцінювальну та регулятивну складові. Аналіз наукових джерел свідчить про те, що, незважаючи на значну кількість теоретичних досліджень з означеної проблеми, окремої уваги потребує розробка психокорекційних та реабілітаційних технік і методик, які б сприяли психологічній адаптації, більшій результативності та ефективній реабілітації.

**Об’єктом** нашої роботи є особистісна сфера осіб з інвалідизуючими захворюваннями.

**Предметом** роботи є психологічні особливості особистісної сфери осіб з інвалідизуючими захворюваннями.

**Мета** роботи – теоретично та емпірично вивчити психологічні особливості особистісної сфери осіб з інвалідизуючими захворюваннями, охарактеризувати психологічний аспект роботи з особами з обмеженими функціональними можливостями внаслідок інвалідизуючого захворювання.

Відповідно до поставленої мети були визначені такі **завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми психології осіб з інвалідизуючими захворюваннями, визначити особливості реабітаційного потенціалу цієї категорії людей.

2. Експериментально дослідити особливості особистісної сфери осіб з інвалідизуючими захворюваннями.

3. Обгрунтувати та запропанувати методи ефективної психолого-педагогічної реабілітації та адаптації осіб з інвалідизуючими захворюваннями.

**Методи дослідження:** для розв’язання визначених завдань використовувався комплекс методів, що зумовлені об’єктом, предметом, метою та завданнями дослідження: теоретичні – аналіз, систематизація й узагальнення сучасних наукових та емпіричних досліджень з проблеми психологічної роботи з особами, що мають функціональні обмеження; емпіричні – спостереження, анкетування, тестування, констатувальний експеримент, у ході якого були використані різноманітні методи дослідження: самооцінки особистості (САН), що характеризує параметри самопочуття, активності й настрою особистості; методика «Реабілітаційний потенціал особистості» авторська розробка І.Ю. Кулагіной і Л.В. Сенкевич 2011 року; методика ТОБОЛ, котра діагностує тип відношення до хвороби; методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р.Даймонда; методика багатофакторного дослідження особистості Р. Кеттела для оцінки особистісних психологічних характеристик; опитувальники визначення рівня реабілітаційного потенціалу та рівня адаптаційних можливостей особистості «Адаптівність» А.Г. Маклакова; методики для оцінки якості життя.

**Наукова новизна дослідження** полягає в тому, що конкретизовано знання про психологічні особливості осіб з інвалідизуючими захворюваннями; набули подальшого розвитку наукові уявлення про особливості особистісної сфери осіб зазначеної категорії.

**Теоретичне значення дослідження** полягає у розширенні наукових знань та уявлень щодо особливостей процесу реабілітації та адаптації осіб, які мають функціональні обмеження в наслідок інвалідизуючих захворювань.

**Практичне значення роботи** полягає у можливості використання методичного інструментарію вивчення соціально-психологічних особливостей соціальної адаптації осіб з обмеженими можливостями; диференціації психотехнологій, спрямованих на соціальну адаптацію інвалідів, з урахуванням специфіки їх реабілітаційного потенціалу, особистісного адаптивного потенціалу, рівня адаптивних здібностей.

**Апробація.** Основні ідеї та результати дослідження були представлені на Міжнародній науково-практичної конференції «Формування стратегії міжкультурної комунікації особистості учня вонтогенезі: від методики до методології» (13-14 вересня 2018 р., м. Мелітополь) , науково-практичній конференції «Медико-психологічна реабілітація та соціальна адаптація учасників бойових дій: проблеми та перспективи» (25 травня 2018 р., м. Київ), ІV Міжнародній науково-практичній конференції «Zdrowie publiczne: socjalny, edukacyjny i psychologiczny wymiar. Doświadzenia Polski i Ukrainy» (1.08.2018-3.08.2018, м. Люблін, Польща).

**Структура роботи.** Робота складається зівступу, 2 розділів, висновків та списку використаних джерел - 64, додатків - 6.

**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДИЗУЮЧИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ У НАУЦІ**

* 1. **Наукові підходи до проблеми психології осіб з інвалідизуючими захворюваннями**

Інвалідність як соціальне явище притаманна кожній державі. На сьогодні рівень інвалідизації жителів планети сягає показника в понад мільярд осіб або 15 %. В Україні чисельність осіб з інвалідністю становить 2-х мільйонів осіб або 6,1 % від загальної чисельності населення нашої держави. Ці дані красномовно свідчать про гостроту та поширеність проблеми інвалідності [32, с. 5]. Основою політики відносно осіб з вадами здоров'я є їх реабілітація. Сутність реабілітації інвалідів розкривається в Законі України «Про реабілітацію інвалідів в Україні». У цьому Законі наведені нижче терміни вживаються в такому значенні:

*інвалід* – особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності, викликає в особи потребу в соціальній допомозі і посиленому соціальному захисті, а також виконання з боку держави відповідних заходів для забезпечення її законодавчо визначених прав;

*дитина-інвалід* – особа віком до 18 років (повноліття) зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності та викликає необхідність надання їй соціальної допомоги і захисту;

*інвалідність* – міра втрати здоров'я та обмеження життєдіяльності, що перешкоджає або позбавляє конкретну особу здатності чи можливості здійснювати діяльність у спосіб та в межах, що вважаються для особи нормальними залежно від вікових, статевих, соціальних і культурних факторів;

*втрата здоров'я* – наявність хвороб і фізичних дефектів, які призводять до фізичного, душевного і соціального неблагополуччя [9, 17, 18, 19, 58].

Аналіз соціальних проблем інвалідизації в цілому розглядається з точки зору соціологічних концепцій більш загального рівня узагальнення сутності цього соціального явища – концепції соціалізації. За основу взято основні концепції інвалідизації, розроблені А.І. Мухлаєвою. Основні соціологічні концепції інвалідизації:

1. Структурно-функціональний аналіз (Т. Парсонс, Р. Мертон, К. Девіс). Основними понятійним категоріям стали «інваліди», «діти з обмеженими можливостями». Основні ідеї полягали в соціальній політиці держави по відношенню до інвалідів, в їх соціальної реабілітації, соціальних службах та соціальної підтримки сімей.

2. Соціально-антропологічний підхід (Е. Дюркгейм) розглядався в таких поняттях, як «діти з обмеженими можливостями», «нетипових діти». В основі підходу лежать ідеї про форми соціальних відносин, соціальні інститути та механізми соціального контролю.

3. Символічний інтеракціонізм (Дж. Г. Мід, Ч. Кулі), в основі якого лежать ідеї символів, ролей, становлення соціального «Я», стереотипи і самоконтроль в рамках поняття «інвалід».

4. Класична соціологічна теорія (М. Вебер, Н. Смелзер) розкриває ідеї: суб'єктивно осмислені дії індивіда, орієнтованого на поведінку інших людей; специфічні механізми соціальної адаптації осіб з обмеженими можливостями; визначення основних компонентів девіаціі – людина, якій властива дана поведінка; норма або очікування – критерій оцінки поведінки як девіантної, як соціум реагує на дану поведінку.

5. Феноменологічна теорія (П. Бергер, Т. Луман, А. Щюц). Основними понятійними категоріями теорії стали «діти з обмеженими можливостями», «нетипові діти». Дана теорія характеризується ідеями про процеси соціального конструювання реальності; специфіку повсякденного сприйняття інвалідності, мислення і діяльності; агенти і продукт конструювання [54, 59,43].

6. Концепція соціалізаційної норми (А.І. Ковальова) розкривається в поняттях «індивід з обмеженими можливостями», «соціалізація тих, хто не чує». В основі даної концепції лежить корекція відхилень або запізнілої соціалізації на рівні конкретних соціальних груп і окремих індивідів; запізніла соціалізація як придбання набору соціальних ролей дорослого, звуження меж самостійності, інфантилізм.

7. Концепція біологізаторського розвитку дитини (Л.С. Виготський). Основними понятійними категоріям концепції стали «нетипова дитина», «дефект», «діти-інваліди». В основі даної концепції лежать ідеї соціального виховання дітей з обмеженими можливостями; формування підходів психодіагностики по відношенню до дітей-інвалідів.

8. Нова теорія виховання (П.П. Блонський) розглядається в понятті «дефективність» і полягає в доказі наукову неспроможність теорії морального дефективности, згідно з якою моральне каліцтво визначалося як специфічне психічне захворювання, не пов'язане з іншими відхиленнями в психічному та фізичному розвитку дитини [52; 61].

З огляду на вищезазначене, слід констатувати, що на сьогодні діяльність усіх національних інституцій, у тому числі органів державної влади, громадських об’єднань тощо, спрямована на створення таких умов, за яких особи з інвалідністю зможуть вести незалежний спосіб життя і брати активну участь у всіх його аспектах.

У сучасній соціально-психологічній науці існують різні підходи до теоретичного обгрунтування проблеми психології людини з обмеженими можливостями.

* 1. **Психологічні особливості осіб з інвалідизуючими захворюваннями**

У нашій країні якість життя інвалідів, як правило, нижче решти населення, що обумовлено наступним: недостатністю в нашому суспільстві гуманізму і милосердя по відношенню до людей з особливими потребами; нерозвиненістю і непристосованістю соціальної інфраструктури міст і сільських населених пунктів з урахуванням задоволення основних потреб інвалідів; низьким рівнем матеріального забезпечення і соціального обслуговування, їх недостатньою гнучкістю; низькою якістю чи відсутністю технічних засобів і пристосувань, необхідних для обслуговування, пересування і праці інвалідів; наявністю значних труднощів в отриманні якісної професійної, особливо вищої освіти, в задоволенні духовних потреб.

Інвалід (від лат. іnvalidus – безсилий, хворий). Відповідно до Декларації про права інвалідів (ООН, 1975 р.) інвалід - це будь-яка особа, що не може самостійно забезпечити повністю або частково потреби нормальної особистісного та (або) соціального життя в силу недоліку, будь то вродженого чи ні, його (або її) фізичних або розумових можливостей. На нашу думку, поняття «інвалід» необхідно відносити не стільки до суб'єкта життєдіяльності, стільки розглядати його як соціальне явище, а саме результат взаємодії психофізичних обмежень та бар'єрів соціального характеру [4, с. 20-26].

На думку, О.І. Холостової та Н.Ф. Дементьєвої, інвалідність – це специфічна ситуація розвитку й стану особистості, що супроводжується обмеженнями життєдіяльності в найрізноманітніших її сферах [15].

Детальніше зупинимося на бар'єрах, які ставить перед людиною інвалідність, виділені О.І. Холостовою та Н.Ф. Дементьєвою. У першу чергу можна говорити про фізичне обмеження, або ізоляції інваліда, – це обумовлено або фізичними, або сенсорними, або інтелектуально-психічними недоліками, які заважають йому самостійно пересуватися й (або) орієнтуватися в просторі. З іншого боку, фактори зовнішнього середовища можуть збільшити або, навпаки, компенсувати вплив цих індивідних недоліків. У цьому аспекті прийнято говорити не тільки про безбар'єрне середовище для інваліда, але також про дружнє або недружнє середовище. Це обмеження спричиняє багато наслідків, що ускладнюють положення інваліда, і вимагає вживання спеціальних заходів, що усувають просторову, транспортну, побутову ізоляцію інваліда, емоційну депривацію й забезпечують можливість трудової адаптації.

Другий бар'єр – це трудова сегрегація, або ізоляція інваліда: через свою патологію індивід з обмеженими можливостями має вкрай вузький доступ до робочих місць або не має його зовсім. У ряді випадків інвалід абсолютно не здатний до трудової діяльності, навіть найпростішої. Однак в інших ситуаціях інвалідам представляються (або виявляються доступні) робочі місця, що вимагають низької кваліфікації, що передбачають монотонну, стереотипну працю та невисоку заробітну плату. Третім бар'єром у житті інвалідів виступає малозабезпеченість, що є наслідком соціально-трудових обмежень: ці люди змушені існувати або на невисоку заробітну плату, або на допомогу (яке теж не може бути достатнім для забезпечення гідного рівня життя індивіда). Важливим і досить важко подоланим бар'єром для інваліда є просторово-середовий. Навіть у тих випадках, коли особа з фізичними обмеженнями має засоби пересування (протез, крісло-коляска, спеціально обладнаний автомобіль), сама організація житлового середовища й транспорту не є поки дружньої до інваліда. Бракує встаткування й пристосувань для побутових процесів, самообслуговування, вільного пересування. Імовірно, для всіх типів інвалідів важливою перешкодою представляється інформаційний бар'єр, що має двосторонній характер. Інваліди утруднені в одержанні інформації як загального плану, так і тієї що має безпосереднє значення для них (вичерпні відомості про свої функціональні порушення, про міри державної підтримки інвалідів, про соціальні ресурси їхньої підтримки). Дефіцит інформації або її недостатня насиченість можуть привести до необоротного вгасання інтелектуальних здатностей таких осіб. З іншого боку, існує інформаційний бар'єр, що відгороджує суспільство від інваліда: особам з обмеженими можливостями набагато складніше презентувати свої погляди й позиції, донести до суспільства свої потреби й інтереси. Емоційний бар'єр також є двостороннім, він може складатися з непродуктивних емоційних реакцій навколишніх із приводу інваліда – цікавості, глузування, незручності, почуття провини, гіперопіки, страху й таке інше та фруструючих емоцій інваліда: жалість до себе, недоброзичливість стосовно навколишніх, очікування гіперопіки, прагнення обвинуватити когось у своєму дефекті, прагнення до ізоляції й таке інше. Подібний комплекс ускладнює соціальні контакти в процесі взаємин інваліда і його соціального середовища. І сам індивід з обмеженими можливостями, і його найближче оточення гостро мають потребу в тому, щоб емоційний фон їх взаємин був нормалізован.Нарешті, комплексний характер має комунікативний бар'єр, що обумовлений кумуляцією дії всіх перерахованих вище обмежень, що деформують особистість людини [1; 5; 11; 35]. З метою гуманізації та демократизації суспільних процесів поняття інвалід заміняється таким поняттям як «людина з обмеженими можливостями» [22].

Основними причинами інвалідизації є: травма під час пологів, неврологічні порушення, що виникли в період пологів; соматичні захворювання (онкологічні, інфекційні і таке інше); травми різного характеру (опіки, механічні травми і таке інше); вроджені патології (генетичні порушення, алкогольне ураження плоду і таке інше) [10].

За видами розрізняють вроджену та придбану інвалідність. Природжена інвалідність є результатом порушення внутріутробного розвитку плоду, а також родовою травмою; придбана інвалідність виникає в пізньому періоді після народження в результаті хвороби або травми. Великий ризик набуття інвалідності припадає від народження до трьох років.

Розрізняють 5 категорій інвалідів з наступними порушеннями: фізичні недоліки, а саме порушення опорно-рухового апарату; порушення інтелекту і психічні захворювання; порушення функцій слуху (глухі та слабочуючі); порушення функцій зору (сліпі та слабозорі); порушення роботи внутрішніх органів тобто інваліди по «загальному» захворюванню (цукровий діабет, бронхіальна астма, онкохворі та інше).

Переживання хвороби та інвалідності, накладає особливий відбиток на всю особистість хворого в цілому, також призводить до поступової зміни емоційно-вольової сфери, розумових процесів, до серйозної переоцінки життєвих установок, соціальних цінностей і стає джерелом для формування дезадаптивної поведінки [7; 67].

Сучасні вітчизняні дослідження соціально-псіхологічних особливостей інвалідів багато в чому спираються на теорії і концепції вчених, які внесли великий вклад в області вивчення впливу патологічного процесу на центральну нервову систему і особистість інваліда в цілому, серед яких А.Р. Лурія, В.Н. Мясищев, В.В. Ковальов і ін. Ці теорії мають безпосереднє відношення до особистості хворої людини, її внутрішнього світу, який виявляється пов'язаним з процесом переживання і подолання хвороби. Психологія людини з інвалідизацією подібна з психологією хронічно хворих людей [24; 63].

Для аналізу психічних особливостей інвалідів необхідно зупинитися на положеннях деяких теорій, які дозволяють розглядати психологію інваліда як людини з формуванням «внутрішньої картини хвороби». Внутрішня картина хвороби, за визначенням А.Р. Лурія, – це «все те, що відчуває і переживає хворий, загальне самопочуття, вся маса його відчуттів, самоспостережень, його понять про свою хворобу, про її причини – весь той величезний світ хворої людини, який складається з дуже складних комбінацій сприйняття і відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань і травм» [13,].

Ставлення хворого до захворювання визначається специфікою захворювання, віком, особливостями особистості і нервової системи хворого, індивідуальних потреб, а також факторами соціального середовища, що формують свідомість і поведінку людини. В системі потреб, які фруструються захворюванням, Н.Д.Лакосіна і Г.К.Ушаков виділяють: вітальні, суспільно-професійні, етичні, естетичні, пов'язані з інтимним життям [68].

Аналізуючи уявлення про суб'єктивну сторону захворювання, В.В.Ніколаева виділяє більш загальне інтегральне поняття «внутрішня, або аутопластична, картина хвороби» (ВКХ). ВКХ включає кілька рівнів відображення хвороби в психіці хворої людини: чуттєвий рівень відчуттів (наприклад, болю, патологічні відчуття); емоційний рівень, пов'язаний з різними видами реагування на окремі симптоми, захворювання в цілому і його наслідки; інтелектуальний або когнітивний рівень, який пов'язаний із знанням хворого про своє захворювання, роздумами про його причини і можливі наслідки, тобто власна концепція хвороби, яку людина починає развивати по відношенню до свого захворювання; мотиваційний рівень, пов'язаний з відношенням хворохо до свого захворювання, зі зміною поведінки і способу життя в умовах хвороби і актуалізацією діяльності з відновлення здоров'я [48; 50].

Хвороба і наступна за нею інвалідизація сприймаються як перешкода на шляху досягнення більш «важливих» життєвих цілей, ніж турбота про своє здоров'я, яка в цей час є не провідним мотивом, а тільки засобом для здійснення звичної діяльності – роботи, навчання, сімейного життя. У поведінці проявляються постійний критицизм, цинізм і чуттєва холодність по відношенню до оточуючих. Часто це пов'язано зі зростанням егоїстичної фіксації на собі, сенситивністю і болючим сприйняттям ставлення оточуючих до себе. Спостерігається зниження життєвої актівності, якщо вона суперечить мотиву збереження життя. З’являються найрізноманітніші типи «занурення» – в хворобу, в гіперактивність, які по суті, є різними формами заміщення одних цілей іншими. Зазначені особливості соціально-психологічної ситуації, в якій опиняється інвалід, змінюють весь стиль його життя: життєві установки, плани на майбутнє, його ставлення до різних важливих обставин і до самого себе. Всі ці зміни виявляються предметом психічної активності інваліда і знаходять відображення в особливому, що формується в умовах інвалідності новоутворенні - внутрішня картина хвороби [49; 64].

За її характером можна прогнозувати можливість появи багатьох психічних відхилень, аномальних змін особистості в цілому. За динамікою ВКХ можна судити про поступове змінення життєвої позиції інваліда, про присвоєння їм соціальної «ролі» інваліда, про становлення нового змістостворюючого мотива - мотиву збереження здоров'я, що стає згодом часто новим ведучим мотивом діяльності і визначає всю нову післяхворобну спрямованість особистості [23; 45].

Стигматизовані інваліди виключаються з соціального простору здорових людей, тобто маргіналізуються. Внаслідок маргіналізації та стигматизації у інвалідів часто розвивається почуття неповноцінності, що впливає на весь життєвий шлях особистості. Іноді наявність дефекту як зовнішнього прояву соматичного розладу може стати причиною невротичних і особистісних розладів, які цілком вписуються в психодинамічну концепцію конверсійних і психосоматичних розладів [12; 28; 71].

Інвалідність часто формує у людей стан «вивченої безпорадності» і почуття низької «самоефективності». «Вивчена безпорадність» – поняття, введене М. Селігманом, - у загальних рисах зводиться до того, що інвалід, який в умовах гіперопіки часто стикається з обмеженнями власного контролю в різних життєвих ситуаціях, перестає намагатися впливати на результат своїх зусиль не тільки в цих конкретних ситуаціях, але також і в тих нових ситуаціях, в яких він може обходитися без сторонньої допомоги. У інвалідів, які стикаються за типом гіперопіки, формується три види особистісного дефіциту: мотиваційний, когнітивний і емоційний [31].

В.Д. Менделевич фактори, що формують суб’єктивне ставлення пацієнта до хвороби, розділяє на дві групи: *соціально-конституційні* і *індивідуально-психологічні*. До соціально-конституціональних параметрів він відносить вплив статі, віку та професії людини, а до індивідуально-психологічних – властивості темпераменту, особливості характеру та якості особистості [41].

Отже, переживання хвороби та інвалідності, накладаючи особливий відбиток на всю особистість хворого в цілому, також призводить до поступової зміни емоційно-вольової сфери, розумових процесів, до серйозної переоцінки життєвих установок, соціальних цінностей і стає джерелом для формування дезадаптивної поведінки. Зазначені особливості соціально-психологічної ситуації, в якій опиняється інвалід, змінюють весь стиль його життя: життєві установки, плани на майбутнє, його ставлення до різних важливих обставин і до самого себе. Всі ці зміни виявляються предметом психічної активності інваліда і знаходять відображення в особливому, що формується в умовах інвалідності новоутворенні – внутрішня картина хвороби [29; 33].

**РОЗДІЛ 2**

**ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНОЇ СФЕРИ ОСІБ З ІНВАЛІДИЗУЮЧИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

**2.1 Інструментарій і процедура дослідження**

Психологічна діагностика осіб з інвалідизуючими захворюваннями дозволяє виявити та вирішити проблеми, що виникають у процесі їх інтеграції в навколишнє середовище.

З метою експериментального вивчення особистісної сфери осіб з інвалідизуючими захворюваннями нами упродовж 2017-2018 р.р.. було реалізовано психодіагностичне дослідження на базі Центру реабілітації змішаного типу для інвалідів та дітей-інвалідів Мелітопольської міської ради в Запорізькій області.

Центр реабілітації змішаного типу для інвалідів та дітей-інвалідів ММР ЗО є державною реабілітаційною установою, зміст роботи якого визначається завданнями реабілітації інвалідів відповідно до Державної базової програми реабілітації інвалідів. Для створення і забезпечення умов активного життя і професійної діяльності людей з особливими потребами 7 травня 2012 року в Центрі реабілітації змішаного типу для інвалідів і дітей-інвалідів відкрилося відділення реабілітації інвалідів. До Відділення приймаються інваліди I-III груп у віці від 18 років для отримання комплексної реабілітації. Центр обслуговує інвалідів, що проживають в місті Мелітополі та прилеглих районах.

Вибірку дослідження склали 22 клієнти (9 жінок і 13 чоловіків) у віці 19-60 років, із функціональними обмеженнями різної нозології I-III групи інвалідності (табл. 2.1, табл. 2.2.)

*Таблиця 2.1*

**Кількісний показник вибірки дослідження [складено автором]**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Група інвалідності | жінки | чоловіки |
| І | 2 | 3 |
| З дитинства | 1 | 1 |
| Набута | 1 | 2 |
| ІІ | 3 | 6 |
| З дитинства | 1 | 2 |
| Набута | 2 | 4 |
| ІІІ | 4 | 4 |
| З дитинства | 1 | 1 |
| Набута | 3 | 3 |

*Таблиця 2.2*

**Кількісний показних вибірки дослідження за нозологічним показником [складено автором]**

|  |  |
| --- | --- |
| Інвалідизуюче захворювання виборки | Кількість реабілітантів |
| Захворювання опорно-рухового апарату, спинальні травми. | 4 |
| Серцево-судинні захворювання | 3 |
| Гострі порушення мозкового кровообігу | 7 |
| Онкологічні захворювання | 2 |
| Черепно-мозгові травми (ЧМТ) | 2 |
| Хронічні захворювання. Захворювання внутрішніх органів | 2 |
| Захворювання центральної та периферичної нервової системи | 2 |

Нами було використано наступні методики:

**1. Методика діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою (САН) (Додаток А)**. Експрес-самооцінка самопочуття, активності і настрою. Опитувальник складається з 30 пар протилежних характеристик, за якими випробуваного просять оцінити свій стан. Кожна пара є шкалою, на якій випробуваний відзначає ступінь вираженості тієї чи іншої характеристики свого стану. Клієнту пропонується описати свій стан в даний момент за допомогою таблиці, що складається з 30 пар полярних ознак, в кожній парі вибрати ту характеристику, яка найбільш точно описує стан, і відзначити цифру, яка відповідає ступеню вираженості даної характеристики».

**2. Методика «Реабілітаційний потенціал особистості» авторська розробка І.Ю. Кулагіной і Л.В. Сенкевич** (Додаток Б). Опитувальник включає п'ять шкал, відповідних п'яти компонентів реабілітаційного потенціалу – мотиваційному, емоційному, самооціночному і комунікативному, а також внутрішню картину хвороби. Мотиваційний компонент відображає широту інтересів і ступінь активності хворого, включається в рішення побутових, професійних (навчальних) проблем і завдань, пов'язаних зі збереженням (відновленням) здоров'я. Емоційний компонент представляє загальний емоційний фон життя хворого (позитивний негативний), його динаміку в зв'язку з захворюванням і можливості регуляції емоційних реакцій. У самооціночний компонент входят уявлення про свої найбільш значущих якості і ставлення до себе як до хворої людини. Комунікативний компонент розкриває специфіку значущих соціальних зв'язків і динаміку міжособистісних відносин під час хвороби. Внутрішня картина хвороби виявляється особливим компонентом реабілітаційного потенціалу. Вона враховується при визначенні реабілітаційного потенціалу в цілому і аналізується як самостійний показник.

**3. Методика Тобол (тип ставлення до хвороби). Методика розроблена А.Є. Личко в 1980 р.** (Додаток В) Адаптована до специфіки реабілітаційного процесу. Методика є опитувальник, побудована у формі опитувальника і діагностує тип ставлення особистості до хвороби на підставі інформації про ставлення респондента до низки життєвих проблем та ситуацій, потенційно найбільш для нього значущих і безпосередньо або опосередковано пов’язаних з його захворюванням. Методика містить 12 типів ставлення до хвороби: гармонійний, ергопатіческій, анозогнозіческій, тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний, апатичний, сенситивний, егоцнетріческій, паранойяльності, дисфоричний. 12 таблиць-наборів, містять від 11 до 17 пронумерованих тверджень.

**4. Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО-АМ) розроблений А.Г. Маклаковим і С.В. Чермяніним** (Додаток Г) Він призначений для оцінки адаптаційних можливостей особистості з урахуванням соціально-психологічних та деяких психофізіологічних характеристик, що відображають узагальнені особливості нервово-психічного та соціального розвитку. В основу методики покладено уявлення про адаптацію, як про безперервний процес активного пристосування людини до постійно мінливих умов соціального середовища і професійної діяльності.

**2.2. Обробка та аналіз отриманих результатів**

За допомогою **методики САН** були отримані наступні результати (табл. 2.3, 2.4) (Додаток Д).

*Таблиця 2.3*

**Результати обстеження реабілітантів за допомогою методики САН [складено автором]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Період проведення замірів | Динаміка самопочуття  (С) | Динаміка активності  (А) | Динаміка настрою  (Н) |
| Початок реабілітаційного курсу (2017 р.) | 3,6 | 4,3 | 4,6 |
| Кінцевий період дослідження (2018 р.) | 4,2 | 4,5 | 5,1 |

Як видно з таблиці 3, середні значення по всіх шкалах методики САН знаходяться в межах статистичної норми. Але не можна говорити про сприятливий стан досліджуваних, тому що оцінки, що свідчать про сприятливий стані знаходяться в діапазоні від 5,0 до 5,5 балів. Після повторного обстеження випробовуваних за допомогою методики САН були отримані наступні результати. (див. таблиця 3). За результатами повторного обстеження за допомогою методики САН середні значення за всіма шкалами методики САН знаходяться в межах статистичної норми. Але не можна говорити про сприятливий стан досліджуваних, тому що оцінки свідчать, що про сприятливий стані знаходяться в діапазоні від 5,0 до 5,5 балів.

Залежно від періоду дослідження у таблиці простежується чітка закономірність зміни самопочуття (С), антивності (А), настрою (Н) в ході реабілітаційних заходів. Найбільші зміни спостерігаються за показниками самопочуття (С) і настрою (Н). Показник активності найменше змінений через присутність неадекватних внутрішніх установок на процес реабілітації і визнання особистої ролі реабілітанта в цьму процесі, низький рівень мотивацій.

Наведені результати дають підставу зробити висновок про те,що спостерігається цілком визначена періодична динаміка самопочуття, активності, настрою під впливом психокорекцій них заходів в процесі реабілітації. В показниках психічного стану методики САН найбільш цікавим для аналізу проявів адаптаційного процесу виявився емоційний настрій.

На нашу думку за показниками психічних станів можна встановити загальну тенденцію успішності процесу реабілітації та адаптації до змінених умов життя внаслідок інвалідизуючого захворювання, що найбільш виразно проявляється в показниках емоційного тонусу та комфортності.

За **методикою «Реабілітаційний потенціал особистості»** отримані наступні дані за основними компонентами реабілітаційного потенціалу в кожній нозологічній групі (табл. 2.4) (Додаток Д).

*Таблиця 2.4*

**Показник рівня реабілітаційного потенціалу осіб вибірки за нозологією інвалідизуючого захворювання [складено автором]**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Максимально  можлива кількість балів | Захворювання ОРА, спин альні травми | Захворювання ССС | Порушення мозкового кровообігу | Онкозахворювання | ЧМТ | Хронічні захворювання, захворювання внутрішніх органів | Захворювання ЦНС |
| Середній показник результату нозологічної групи | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Мотиваційний компонент | 12 | 6  50% | 4  33% | 3  25% | 4  33% | 2  16,2% | 3  25% | 3  33% |
| Емоційний компонент | 8 | 6  75% | 3  37,5% | 3  37,5% | 2  25% | 3  37,5% | 4  50% | 4  50% |
| Самооціночний компонент | 8 | 7  87,5% | 3  37,5% | 3  37,5% | 3  37,5% | 4  50% | 4  50% | 4  50% |
| Комунікативний компонент | 8 | 6  75% | 4  50% | 2  25% | 3  37,5% | 2  25% | 5  23% | 3  37,5% |
| Внутрішня картина хвороби | 20 | 11  55% | 6  30% | 6  30% | 10  50% | 8  40% | 10  50% | 7  35% |
| Кількість осіб |  | 4 | 3 | 7 | 2 | 2 | 2 | 2 |

З наведеної таблиці 4 видно, що для високого реабілітаційного потенціалу осіб нозологічних груп вибірки характерні високі показники (≤50%)за всіма шкалами, а для низького (≥50%). У досліджуваній групі виявлено високий РП у осіб із захворюванням опорно-руховогоапарату та спинальними травмами. У всіх інших нозологічних підгрупах виявлений низький РПЛ. Порівняльний аналіз рівня реабілітаційного потенціалу за інвалідизуючим захворюванням показав значно нижчі показники за всіма шкалами в порівнянні з індивідуальними показниками. Розробка поняття реабілітаційного потенціалу особи, а також виявлення специфіки РПЛ у розглянутих нами категорій пацієнтів дають нам можливість визначити напрями психологічній допомозі для ефективнішого процесу комплексної реабілітації.При порівнянні підгруп інвалідів з різними інвалідизуючими захворюваннями встановлено, що кожний тип соматичної патології (патології, що пов’язана із розладами функціонування певної системи організму) в разі інвалідизації пацієнта формує свій, специфічний спектр непсихотичних психічних розладів, що найбільш істотно впливає на перебіг основного соматичного захворювання, а також на процеси реабілітації та адаптації. Основною формою впливу інвалідизуючого соматичного захворювання (фізичного дефекту) на психіку людини є психогенна реакція особистості на хворобу (фізичний дефект) та їх наслідки, що відображається у внутрішній картині хвороби.

**Результати за методикою Тобол** засвідчили, що у більшості випадків – 40% з початком захворювання клієнти мали погане самопочуття, у 15% – задовільне. Встановлено що більшість обстежуваних (56%) через хворобу мають поганий настрій, 47% характеризують свій настрій як тривожний.

Як показало дослідження, більшість обстежуваних (38,9%) готові до будь-якого лікування, реабілітації стараються перебороти хворобу і працювати як раніше, і лише незначну кількість хворих (10%) хвороба лякає.

У результаті зіставлення даних було визначено типологію обстежуваних у ставленні до хвороби. Більшість хворих належать до тривожного та егоцентричного типу. Згідно з методикою всі 12 типів ставлення до хвороби було об’єднано за трьома блоками. Перший блок містить гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний типи ставлення до хвороби, при яких психічна і соціальна адаптація суттєво не порушується. При гармонійному типі реагування респондент, адекватно оцінюючи свій стан, активно бере участь у лікуванні захворювання, дотримується призначеного режиму і водночас прагне подолати захворювання, зберігаючи соціальну активність. Крім гармонійного типу реагування, до першого блоку включено ергопатичний та анозогнозичний типи. Для цих типів ставлення до хвороби характерним є : зниження критичності до свого стану, применшення «значення» захворювання аж до повного його витіснення, іноді виявляються поведінкові порушення режиму життя, «втеча» у роботу під час захворювання. Однак виражені явища психічної дезадаптації у цих хворих відсутні.

Другий і третій блоки містять типи реагування на хворобу, які характеризуються наявністю психічної дезадаптації у зв’язку із захворюванням та відрізняються переважно психічною спрямованістю реагування на хворобу. Другий блок містить тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний, апатичний типи ставлення, для яких характерна інтрапсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу, що обумовлює порушення соціальної адаптації досліджуваних з цими типами реагування. Емоційно- афективна сфера відносин у таких респондентів виявляється в дезадаптивній поведінці: реакціях за типом дратівливої слабкості, тривожним пригніченим станом, «відходом» у хворобу, відмовою від боротьби – «капітуляцією» перед захворюванням. У третій блок увійшли сенситивний, егоцентричний, дисфоричний і паранояльний типи ставлення, для яких характерна інтерпсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу, що провокує виникнення порушення соціальної адаптації досліджуваних. Хворі з цими типами ставлення до хвороби характеризуються таким сенсибілізованим ставленням до хвороби, яке, ймовірно, найбільшою мірою залежить від особливостей особистості. Таке сенсибілізоване ставлення до хвороби виявляється дезадаптаційною поведінкою хворих: вони соромляться свого захворювання перед оточуючими, «використовують» його для досягнення певних цілей, створюють паранояльні концепції щодо причин свого захворювання та його хронічного перебігу,виявляють гетерогенні агресивні тенденції, звинувачуючи оточуючих у своїй недузі.

Отримані під час дослідження результати щодо виявлення типів ставлення клієнтів до хвороби подано у таблицях 2.5, 2.6 (Додаток Д).

*Таблиця 2.5*

**Тип психологічного реагування на інвалідизуюче захворювання [складено автором]**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Тип психологічного реагування | Кількісний показник | Відсоткове співвідношення |
| Гармонійний | 1 | 4,5% |
| Тривожний | 4 | 18% |
| Іпохондричний | - | - |
| Меланхолічний | 3 | 14% |
| Апатичний | - | - |
| Неврастинічний | 2 | 9% |
| Обсесивно-фобічний | 1 | 4,5% |
| Сенситивний | 1 | 4,5% |
| Егоцентричний | 3 | 14% |
| Ейфорійний | 2 | 9% |
| Анозогнозичний | 1 | 4,5% |
| Ергопатичний | 2 | 9% |
| Паранояльний | 2 | 9% |

У результаті проведеного дослідження, як видно з таблиці 2.5, було виявлено дві підгрупи ризику. До першої підгрупи ризику ввійшли клієнти тривожного, іпохондричного, неврастенічного, меланхолійного, апатичного типів ставлення до хвороби – Другий блок (9%). Для цих осіб характерна інтрапсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу, яка обумовлює порушення соціальної адаптації. Дратівлива слабкість, тривожний, пригнічений стан, відмова від боротьби за своє здоров’я – усе це призводить до дезадаптації особистості. Це означає, що такі особии не вміють конструктивно справлятися із своєю дратівливістю, тривожністю і не вірять у власні можливості щодо покращення свого здоров’я.

Іншу підгрупу ризику – третій блок, складають особи сенситивного ( 9%), егоцентричного, паранояльного та ейфоричного типів ставлення до хвороби. У цих осіб порушення адаптації пов’язано із сенсибілізованим ставленням до хвороби, яке виявляється у: сором’язливості свого захворювання перед оточуючими; використовуванні свого захворювання для досягнення певних цілей; агресивних реакціях, звинувачуваннях оточуючих у своїй недузі; паранояльних тенденціях щодо причин свого захворювання. Це означає, що такі особи не вміють справлятися із своїм соромом, агресивними тенденціями, паранояльними думками (безпідставно звинувачують лікарів у своїй хворобі) і потребують постійної уваги до себе з боку оточуючих з метою задоволення власних потреб.

*Таблиця 2.6*

**Тип психологічного реагування на інвалідизуюче захворювання [складено автором]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тип психологічного реагування | Кількісний показник | Відсоткове співвідношення | Соціальна адаптація |
| Перший блок | 4 | 18% | Суттєво не порушується |
| Другий блок | 9 | 41% | Наявність психічної дезадаптації, емоційно-афективна реакція за типом тривожності, пригніченого стану, «поринання» у хворобу, слабкість |
| Третій блок | 9 | 41% | Дезадаптивна поведінка, емоційно-афективні реакції, порушення соціального функціонування |

При узагальненні результатів аналізу (табл. 2.6) було виділено три наступні категорії пацієнтів:

1) пацієнти з адекватним відношенням до захворювання (8,4%)

2) пацієнти з інтрапсихічною спрямованістю відношення до захворювання (61%);

3) пацієнти з інтерпсихічною спрямованістю відношенні до захворювання (30%).

Ставлення клієнтів до характеру свого захворювання, формування у них адекватної моделі очікуваних результатів реабілітації мають велике значення для прогнозу захворювання та рівня соціалізації.

**Аналіз результатів за методикою «Адаптивність»** свідчить, що інтегральний показник особистісного адаптаційного потенціалу знаходиться у межах низького рівня вираженості. Аналіз соціально-психологічної адаптації за показав істотні відмінності в їх соціально-психологічних характеристиках, що підтверджують статистично достовірні відмінності в наступних індивідуально-особистісних адаптаційних компонентах, що виявляються: у «фізичній і вербальній агресії», «негативізмі», «дратівливості» «алекситемії», «тенденції до экстернальності», «кризі особової і соціальній ідентичності», «звуженні потребнісно-мотиваційної спрямованості особи», «неадекватній самооцінці своїх особових якостей, станів і самоефективності», «незадоволеності сімейними стосунками», «тривожності в сім'ї», «негативному відношенні до майбутнього», в напруженості психологічного захисту: «витиснення», «заміщення», і домінуванні емоційно-орієнтованої поведінки: «агресивність», «безнадійність», «протест»; а також соціально-середових компонентах адаптації,які виявляють найбільший дефіцит в таких сферах, як економічна нестабільність, пов'язана з «пониженням рівню доходу» і соціально-психологічна нестабільність, пов'язана зі «зміною соціального статусу».

Найважливішою відмінною ознакою щодо успішної адаптації особи, яка знаходиться в умовах інвалідизуючого захворювання, є адаптивна проблемно-вирішуюча поведінка, за умови адекватного відношення до себе і своєї самоефективності орієнтована на ухвалення своїх можливостей, що змінилися, переосмислення і самореалізацію в нових життєвих умовах.

В ході наших досліджень вивчені прояви порушень емоційної сфери, що найбільш типові для клієнтів з обмеженими можливостями. Так, у 88% відзначений достовірно високий рівень особистісної тривожності, що проявляється як риса особистості. Пов'язані з хронічною хворобою обмеження свободи дій, здійснення роботи або навчання, активної фізичної діяльності і соціальних контактів, реалізації планів на майбутнє підсилюють фрустрацію особистості, підтримуючи в них постійну тривогу, включаючи страх перед майбутніми ускладненнями хвороби і виснажують сили напруга. За результатами опитування з'ясувалося, що дають більш низьку оцінку свого здоров'я, не дивлячись на те, що їх стан не викликає побоювання з боку лікарів і родичів. Більше половини (53%) відчувають гостру тривожність і у них достовірний ризик щодо розвитку депресивних станів. У 46% хворих відзначені елементи депресії, що виявляються в вираженій пасивності, відсутності інтересу до навколишнього світу, низького ступеня соціальної адаптації, схильності до депресивного типу реагування на дистрес, наявності негативних установок на майбутнє. Важливим елементом психологічного самопочуття осіб з обмеженими можливостями є їх самосприйняття. Тільки кожен четвертий інвалід вважає себе щасливим. Третина інвалідів вважає себе пасивними. Кожен шостий визнає себе нетовариським. Чверть інвалідів вважають себе сумними. Аналогічні психологічні самооцінки в різних за тяжкості групах інвалідів. Найбільш сприятлива самооцінка у інвалідів 1 групи. Серед них більше «добрих», «товариських», «веселих». Гірше становище у інвалідів 2 групи. Звертає на себе увагу те, що серед інвалідів 3 групи менше "нещасних" і «сумних», але значно більше «злих», що характеризує неблагополуччя в соціально-психологічному плані. Це підтверджується і рядом більш глибоких індивідуально-психологічних експериментів, які виявлятимуть психологічну дезадаптацію, почуття ущербності, великі труднощі в міжособистісних контактах у інвалідів 3 групи. Також відзначена різниця в самооцінці у чоловіків і жінок: «щасливими» себе вважають 7% чоловіків і 14,% жінок, «добрими» відповідно 40% і 60%, «веселими» – 158% і 22%, що вказує на високі адаптаційні можливості жінок.Помічено відмінність у самооцінці працюючих і безробітних інвалідів: у останніх вона значно нижче. Частково це обумовлено матеріальним становищем працюючих, більшої їх соціальною адаптацією, в порівнянні з непрацюючими. Останні виведені з цієї сфери соціальних відносин, що і є однією з причин вкрай несприятливою особистісної самооцінки. Найменш пристосованими є одинокі інваліди.

Погіршення морально-психологічного стану осіб з обмеженими можливостями пояснюється також складними економічними і політичними умовами в країні. Як і всі люди, інваліди відчувають страх перед майбутнім, тривогу і невпевненість в завтрашньому дні, почуття напруженості і дискомфорту. Загальна стурбованість приймає форми, характерні для сьогоднішніх політико-економічних і соціально-психологічних умов. Поряд з матеріальним неблагополуччям це призводить до того, що найменші труднощі викликають у інвалідів паніку і сильний стрес.

Отже, можна констатувати, що в даний час процес соціально-психологічної адаптації інвалідів утруднений, оскільки: задоволеність життям у інвалідів низька; самооцінка також має негативну динаміку; істотні проблеми постають перед інвалідами в області взаємин з оточуючими; емоційний стан інвалідів характеризується тривожністю і невпевненістю в майбутньому, песимізмом. Таким чином, проведене емпіричне дослідження дозволяє зробити такі висновки. Найбільш неблагополучні в соціально-психологічному сенсі, при дослідженні, ті що поєднали різні несприятливі показники (низька самооцінка, настороженість до оточуючих, незадоволеність життям і т.п.). У цю групу входять люди з поганим фінансовим становищем і житловими умовами, самотні інваліди, інваліди 3 групи, особливо безробітні, інваліди з дитинства.

Встановлено, що до процесу формування непсихотичних психічних розладів залучено усі структури організації особистості; беспосередній вплив має також інвалідизуюче захворювання. Рівень тривоги та депресії у інвалідів значно підвищений. Середньогруповий показник рівня реактивної тривоги – 38,56±0,63 бала. Середньогруповий показник рівня особистісної тривоги – 42,75±0,47 бала. Середній бал відбиття депресивних порушень – 23,34±1,34 бал. Зниження сенсожиттєвих орієнтирів – 73,76±10,26 бала.

На підставі отриманих даних створено соціально-педагогічні умови реабілітації, уточнена структура індивідуальної програми реабілітації та оптимізовані її методи психологічного супроводу (Додаток Е).

**ВИСНОВКИ**

На основі комплексного теоретичного та емпіричного дослідження психологічних особливостей особистісної сфери осіб з інвалідизуючими захворюваннями нами сформовані наступні висновки.

1. Зростання показників набутої інвалідності внаслідок інвалідизуючого захворювання є негативною тенденцією і підкреслює актуальність означеної проблеми. Враховуючи той факт, що з кожним роком контингент інвалідів зростає, а показники повної та часткової реабілітації залишаються низькими, основними принципами дій щодо інвалідів стає їхня реабілітація, яка дозволить інвалідам досягнути та підтримати оптимальний рівень їх самостійності та життєдіяльності, що можливо при створенні системи медико-соціальної реабілітації інвалідів.

2. У ході теоретичної пошуку ми прийшли до висновку, що інвалідизучі захворювання – це наявність хвороб і фізичних дефектів, які призводять до фізичного, душевного і соціального неблагополуччя. Людину з інвалідністю слід розглядати незалежно від її дієздатності й корисності для суспільства, як об'єкт соціальної політики, що орієнтована на створення особі умов для максимально можливої реалізації всіх потенційних здібностей, інтеграції у суспільство.

3. Оцінка реабілітаційного потенціалу особистості виявляє ті внутрішні ресурси особистості, завдяки яким можлива компенсація обмежених можливостей. Комплексність діагностичних досліджень забезпечує чітке уявлення про індивідуальні когнітивних, емоційних, мотиваційних, комунікативних особливостях, а також про ціннісних орієнтаціях інваліда.

4. Результати проведеного нами попереднього психодіагностичного дослідження осіб з інвалідизуючими захворюваннями різних нозологій вказують на необхідність надання їм професійної психологічної допомоги в системі психологічного супроводу. Найбільш неблагополучні в соціально-психологічному сенсі, при дослідженні, ті особи, що поєднали різні несприятливі показники (низька самооцінка, настороженість до оточуючих, незадоволеність життям і т.п.). У цю групу входять люди з поганим фінансовим становищем і житловими умовами, самотні інваліди, інваліди 3 групи, особливо безробітні, інваліди з дитинства. Встановлено, що до процесу формування непсихотичних психічних розладів залучено усі структури організації особистості; беспосередній вплив має також інвалідизуюче захворювання. Рівень тривоги та депресії у інвалідів значно підвищений. Середньогруповий показник рівня реактивної тривоги – 38,56±0,63 бала. Середньогруповий показник рівня особистісної тривоги – 42,75±0,47 бала. Середній бал відбиття депресивних порушень – 23,34±1,34 бал. Зниження сенсожиттєвих орієнтирів – 73,76±10,26 бала. На підставі отриманих даних створено соціально-педагогічні умови реабілітації, уточнена структура індивідуальної програми реабілітації та оптимізовані її методи психологічного супроводу.

5. Розвиток реабілітаційного напряму роботи з інвалідами робить актуальним вивчення їх соціально-психологічних проблем. Факторами успішності реабілітації є вивчення особистісних особливостей людини з обмеженими можливостями, його ставлення до інвалідності, взаємодії з соціальним середовищем. Одним з критеріїв ефективності реабілітації в соціально-психологічному плані вважається здатність індивіда адаптуватися і жити в суспільстві. Найважливішою відмінною ознакою щодо успішної адаптації особи, яка знаходиться в умовах інвалідизуючого захворювання, є адаптивна проблемно-вирішуюча поведінка, за умови адекватного відношення до себе і своєї само ефективності орієнтоване на ухвалення своїх можливостей, що змінилися, переосмислення і самореалізацію в нових життєвих умовах.

Преспективним напрямом подальшої роботи нами визначено створення моделі психологічного супроводу осіб з інвалідизуючими захворюваннями згідно з різною нозологією й враховуючи індивідуальні особливості зазначеної категорії людей.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Вассерман Л.И. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2006. – №4.

2. Алфьорова Т.С. Основы реабилитации / Т.С. Алфьорова, О.А. Потехина. Тольятти: Московский институт медико-социальной реабилитологии. – 1995. – 147с.

3. Аминова З.М. Реабилитационый потенциал подростков с ограниченными возможностями: алгоритм оценки / З.М. Аминова // Материалы XVI съезда педиатров Росии «Актуальные проблемы педиатрии, 16-19 марта 2009., Москва. –2009. – С. 472.

4. Андрєєва О.С. Принципи формування та реалізації індивідуальної програми реабілітації інваліда / О.С. Андрєєва // Медико-соціальна експертиза та реабілітація. – 2000. – № 4. – С. 20-26.

5. Безбах В.М. Стратегія лікування та особливості клініки психічних розладів і психосоціальних проблем у хворих на цукровий діабет. Соціально-психіатричні аспекти цукрового діабету / В.М. Безбах// Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2005. – № 1.

6. Белов В.П. Реабилитационный потенциал хронически больного: анализ, содержание, оценка / В. П. Белов, В. А. Вечканов, И. Н. Ефимов // Врачебно-трудовая экспертиза. Социально-трудовая реабилитация инвалидов. – М., 1975. – Вып. 2. – С. 26-31.

7. Березин Ф.Б. Психологическая и психофизиолгическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л. : Медицина, 1988. – 368 с.

8. Березин Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Р.В. Рожанец. – М., 1976.

9. Вiтенко Н.В. Загальна та медична психологія / Н.В. Вітенко. – К., 1996.

10. Войтенко Р.М. Основы реабилитологии и социальная медицина: концепция и методология / Р.М. Войтенко – СПб . : «Медея», 2007. – С. 21-28.

11. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 5. Основы дефектологии / Под ред. Т.А. Власовой. - М.: Педагогика, 1983. - 368 с.

12. Голубцов Ф.С. Психологічні особливості девіантної поведінки онкологічних хворих при медико-соціальній експертизі / Ф.С. Голубцов// Прикладна психологія. – 2001. – № 6. – С. 66-70.

13. Гольдблата Ю.В. Медико-социальная реабилитация в неврологии / Ю.В. Гольдблата. - СПб.: Политехника, 2006. – С. 65-67.

14 Губачев Ю.М. Клинико-физиологические основы психосоматических состояний / Ю.Н. Губачев, Е.М. Стабровский. – СПб., 1981.

15. Дементьева Н.Ф. Психосоциальна реабилитация инвалидов / Н.Ф. Дементьев, Б.А. Сирникова, В.С. Ларионова // Вестник Всеросс. общества специалистов по медико-социальной экспертизы, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2008. – №4. – С. 55-57.

16. Жмуров В.А. Психопатология. Часть II. Психопатологические синдромы: Учебное пособие / В.А. Жмуров. - Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1994. – 304 с.

17. Зайгарник Б.В. Очерки по психологии аномального развития личности / Б.В. Зайгарник, Б.С. Братусь. – М., 1990. – 157 с.

18. Закон України «Про основи соціальної захіщеності інвалідів в Україні» від 21.03.91., ВВР, 1991, № 21, ст. 252.

19. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.2005 року(із змінами).

20. Залученова Е.А. Принципи оцінки психологічного компонента реабілітаційного потенціалу / Е.А. Залученова // Медико-соціальна експертиза та реабілітація. – 1998. – № 2. – С. 29-32.

21. Кабанов М.М. Психосоциальна реабилитация и социальная психиатрия / Н.Н. Кабанов. – СПб., 1998.

22. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. – СПб., 2002.

23. Квасенко А.В. Психология больного / А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев. – СПб., 1980.

24. Клиническая психология / Сост. и общая редакция Н. Тарабрина. –СПб.: Питер, 2000.

25. Клиническая психология. Словарь. Под ред. Творогова Н.Д., М., 2007.

26. Кулаков С.А. Основы психосоматики / С.А. Кулаков. – СПб, 2003.

27. Куликов Л.В. Здоровье и субъективное благополучие личности // Психология здоровья / Ред. С. Никифоров. СПб., Изд-во СПбГУ, 2000 (глава в коллективной монографии) – С. 405-442.

28. Купреева О.І. Методика діагностики ставлення до іншого людей з інвалідністю / О.І. Купреева // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць. – К .: Університет – «Україна», 2004. – С. 301-307.

29. Купрєєва О.І. Особливості «Я-Концепції» дорослих інвалідів з ампутаційнімі дефектами кінцівок: Автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.07 / Ін-т психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – К., 2003. – 20 с.

30. Лаврова Д.І. Оцінка змісту і рівня реабілітаційного потенціалу при різних захворюваннях / Д.І. Лаврова, М.М. Косичкин, О.С. Андрєєва // Медико-соціальна експертиза та реабілітація. – 2004. № 93. – С. 10-14.

31. Лагерлеф Х. психофизиологические реакции в период эмоционального стресса / Х. Лагерлеф. - СПб, 1970.

32. Лебедева С.С. Актуальные проблемы инвалидов как средства их социальной адаптации / С.С. Лебедева // Образование как средство социальной адаптации инвалидов: опыт и перспективы / Сост. С.С. Лебедева - СПб., 1998. - С.5.

33. Левитов Н.Д. О психологические состояния человека / Н.Д. Левитов. - М .: Просвещение, 1994. - 344 с.

34. Леонтьев Д.А. Установка как механизм смысловой регуляции деятельности. - В кн. Теория установки и актуальные проблемы психологии / Д.А. Леонтьев. - Тбилиси: Мецниереба, 1990. - С. 158-168.

35. Леонтьев Д.А. Факторы и психологические механизмы развития личности в осложненных условиях. Инклюзивное образование: методология, практика, технологии: Материалы международной научно-практической конференции / Д.А. Леонтьев. - М., МГППУ, 2011. - С. 69-71.

36. Липа В.В. Формування жіттєвіх компетенцій дітей з особливими освітнімі проблемами / В.В. Липа, В.О. Липа // Гуманізація навчально-виховного процесу: Збірник наукових праць (Спецвипуск) / За загальною редакцією В.І. Сіпченка. – Слов'янськ, 2006. – С. 139-145.

37. Личко А.Е. Психопатия и акцентуация характера /А.Е. Личко. - Л .: Медицина, 1993. - 256 с.

38. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога / И. Малкина-Пых. - М.: Изд-во Эксмо, 2005. - 992 с.

39. Малкина-Пых И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Малкина-Пых. - М. Изд-во ЭКСМО (2010) - 928 с.

40. Маркин С.П. Оценка психологического компонента реабилитационного потенциала постинсультных больных / С.П. Маркин, В.А. Маркина // Современные аспекты нейрореабилитации. Тез. ДОКП научно-практической. конф. - М.: 2007. - С. 81-82.

41. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое пособие / В.Д. Менделевич. - М.: МЕДпресс, 2001. - 592 с.

42. Місяк С.А. Критерії ефектівності реабілітації онкологічніх хворих / С.А. Місяк // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць. – К .: Університет «Україна», 2004. – С. 509-514.

43. Місяк С.А. Організація освіти осіб з фізічнімі вадамі в Україні / С.А. Місяк // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Тези доповідей. – К .: Університет «Україна», 2005. – С. 284-285.

44. Морозова Е.В. Кризис инвалидности и его социально-психологические стороны / Е.В. Морозова // Журнал «Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной Индустрия». - 2006. - № 3-4. - С. 148-151.

45. Морозова Е.В. Перспективные направления развития психологической реабилитации в русле современных ресурсно-развивающих технологий /Е.В. Морозова // Сборник материалов научно-практической конференции «Современные подходы к медико-социальной экспертизе в РФ с учетом МКФ и Конвенции ООН о правах инвалидов», который проводится 21-23 июня 2011 года в г. Ижевск., С 207-209.

46. Морозова Е.В. Роль і значення психологічної реабілітації особистості в експертно-реабілітаційному процесі / Е.В. Морозова // Журнал «Медико-соціальна експертиза та реабілітація», Видавництво «Медицина», 2010. – № 1. – С. 54-57.

47. Морозова Е.В. Роль и значение психологической реабилитации личности в экспертно-реабилитационном процессе / Е.В. Морозова // Журнал «Медико-социальная экспертиза и реабилитация», Издательство «Медицина», 2010. - № 1. - С. 54-57.

48. Іпатов А.В. Основні принципи психологічної реабілітаціі інвалідів з хронічними соматичними захворювннями / А.В. Іпатов, Б.В. Михайлов, С.М. Мороз // Український медичний альманах. – 2009, № 5. – С. 42-47. – Бібліогр. С. 47.

49. Налчаджян А.А. Социально-психологическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегии) ​​/ А.А. Налчаджян. - Ереван, 1988.

50. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: Психологическое исследование / В.В. Николаева. - М., 1987. - 386 с.

51. Организация и методика разработки индивидуальной программы реабилитации: Учебно-метод. пособие / Н.В. Коробов, Е.А. Дворкин, Г. Деденевой, Т.Н. Шеломанов - СПб, 1999. - 83 с.

52. Осипова А.А. Общая психокоррекция: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений / А.А. Осипова. - М .: ТЦ «Сфера» (2000) - 512 с.

53. Основы медико-социальной экспертизы. / А.И. Осадчих, С.Н. Пузин, Д.И. Лаврова и др. - М.: Медицина, 2005. - С. 277-353.

54. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб, заведений / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др .; Под ред. Л.В. Кузнецовой. - второй изд., Стер. - М .: Издательский центр «Академия», 2005. - 480 с.

55. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н.Пезешкиан. - М., 1996..

56. Поляк О.В. Проблеми соціальної реабілітації осіб з обмеженою дієздатністю – «духовна реабілітація» / О.В. Поляк // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць. – К.: Університет «Україна», 2004. – С. 466-473.

57. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика / Д.Я. Райгородский. - Самара, 2006.

58. Сивуха Т.А. Методические подходы к определению реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза у инвалидов вследствие сосудистой патологии головного мозга / Т.А. Сивуха, А.А.Еникеева и др. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. - М., 1997. - Вып. 21.

59. Сіньов В. М. Основи дефектології: Навч. Посібник / В.М. Сіньов, Г.М. Коберник. – К .: Вища шк., 1994. – 143 с.

60. Соколова Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е.Т. Соколова, В.В. Николаева. - М., 1995.

61. Специальная психология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева и др .; Под ред. В.И. Лубовского. - второй изд., Испр. - М .: Изд. центр «Академия», 2005. - 464 с.

62. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела / Г.В. Старшенбаум. - М., 2005.

63. Терлецька Л.Г. Психічне здоров'я особистості. Технологія самоаналізу / Л.Г. Терлецька. – К.: ВПЦ «Кіїв.ун-т», 2003. – 150 с.

64. Типы психологического реагирования на заболевание по А.Е. Лицо (цитуемо по ВД. Менделевичем «Клиническая и медицинская психология». - М .: Мед-Пресс-Информ, 2002. - С. 232-237.