

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені М.П.ДРАГОМАНОВА

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ЧУХРІЙ ІННА ВОЛОДИМИРІВНА

УДК: 159.922.62-056.29

ДИСЕРТАЦІЯ

**ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ МОЛОДІ З
ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**

19.00.08 – спеціальна психологія

Подається на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук.

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

 І.В.Чухрій.

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий консультант: Шевцов Андрій Гаррієвич,
доктор педагогічних наук, професор, член-кореспондент Національної академії
педагогічних наук України

Київ – 2020

АНОТАЦІЯ

Чухрій І.В. Психологічні механізми соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук (доктора наук) за спеціальністю 19.00.08 «Спеціальна психологія». – Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова, МОН України, Київ, 2020.

У дисертації вперше комплексно досліджено проблему психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату: системно розкрито структурний зміст, специфіку та передумови виникнення, компонентний склад, зокрема адаптивні та дезадаптивні стратегії.

Науково обґрунтовано теоретичну парадигму та структурно-функціональну модель психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, описано взаємовплив психологічних механізмів соціальної адаптації у соціально-психологічно-індивідуальному, діяльнісному, нозологічному, віковому, генетичному вимірах.

Здійснено системне вивчення психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, за результатами якого встановлено особливості зазначених механізмів у молоді з вродженими, набутими в період молодості та набутими під час участі в операції об'єднаних сил порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Емпірично виявлено факторну структуру молоді з типовим розвитком та специфіку зазначеної структури молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, встановлено статистичні відмінності у зазначених вибірках досліджуваних. Виокремлено і описано трансформації факторних структур психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з вродженими, набутими та набутими під час участі в операції об'єднаних сил порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Розкрито динаміку психологічних механізмів у залежності від часу набуття порушень функцій опорно-рухового апарату.

Розроблено систему психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Поглиблено та уточнено уявлення про сутність соціальної та соціально-психологічної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату; особливості психологічних механізмів соціальної адаптації особистості.

Подальшого розвитку набули методологічні підходи до вивчення та формування соціально-психологічної адаптації особистості в умовах обмеження життєдіяльності, методи діагностики вивчення сутності особливостей, ознак, механізмів та чинників соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, психокорекційні технології формування адаптивності особистості.

Практичне значення дослідження полягає у здійсненні комплексної розробки теоретико-психологічних засад соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, що застосовується практичними психологами центрів соціально-психологічної та комплексної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю, в процесі комплексної реабілітації ветеранів учасників операції об'єднаних сил, психологами госпіталю ветеранів війни та в межах здійснення заходів соціально-психологічної реабілітації управліннями з питань учасників операції об'єднаних сил, громадськими організаціями, асоціаціями ветеранів, інвалідів війни та волонтерів операції об'єднаних сил, у психологічному супроводі молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату в закладах вищої освіти та в процесі професійного навчання майбутніх фахівців за спеціальністю 053 Психологія.

Розроблена система діагностики психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату може використовуватися психологами центрів соціально-психологічної та комплексної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю, психологами госпіталю ветеранів війни, практичними психологами закладів вищої освіти, у

психологічному супроводі молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Впроваджено систему психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату у діяльність центрів соціально-психологічної та комплексної реабілітації, закладах вищої освіти, клінічному госпіталі ветеранів війни та у діяльність управлінь з питань учасників ООС.

Окреслені особливості психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату збагатили науково-методичну базу практичної діяльності психологів та доповнили, удосконалили зміст програм підготовки психологів з навчальних дисциплін «Основи спеціальної психології», «Ортопсихологія», «Вікове консультування», «Психологія осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату та комплексними вадами», «Технології виховання та навчання осіб з обмеженнями життєдіяльності», «Основи психотерапії».

У дослідженні здійснено системний аналіз підходів до проблеми соціальної адаптації особистості, представлено результати теоретичного дослідження соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Встановлено, що соціальна адаптації молоді з вродженими порушеннями функцій опорно-рухового апарату ускладнена нерівномірністю психічного розвитку та недостатньою зрілістю основних психічних функцій, а також, що зазначене ускладнення спричинене факторами соціальної взаємодії. Ускладнення соціальної адаптації молоді з набутими порушеннями опорно-рухового апарату зумовлене набуттям порушень функцій опорно-рухового апарату, що може супроводжуватися важкими емоційними переживаннями, а у випадках попередньої ускладненої соціалізації можливе утворення стійких негативних особистісних змін. Участь молоді в операції об'єднаних сил з подальшим набуттям порушень функцій опорно-рухового апарату спричинює

психологічні і, в окремих випадках, психічні зміни, що ускладнюють адаптацію ветеранів до умов мирного життя.

Здійснено системний аналіз сучасних теоретико-методологічних підходів до вивчення психологічних механізмів соціальної адаптації особистості, подано розгляд специфіки психологічних механізмів із позицій системного, матеріалістичного, особистісно-орієнтованого, когнітивного, діяльнісного та психоаналітичного методологічних підходів, узагальнення яких, при врахуванні особливостей особистості з обмеженнями життєдіяльності, дозволило розробити структурно-функціональну модель психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Висхідним конструктом зазначеної моделі є чотиривимірна структура особистості з особистісним ядром – Я-концепцією особистості, що представлена чотирма ортогональними осями, що відображають соціально-психолого-індивідуальний, діяльнісний, нозологічний, віковий, генетичний виміри. Виокремлено емоційно-афективний, комунікативний, пізнавальний, поведінковий та мотиваційно-вольовий механізми соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, кожен з яких має адаптивний та дезадаптивний способи виявлення. Представлені механізми мають двосторонній вплив на соціальну адаптацію, і, відповідно, фактори соціальної адаптації впливають на зазначені механізми в межах комплексного соціального реабілітування.

Науково обґрунтовано концептуальні засади та розроблено модель комплексного емпіричного дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Виокремлено методологічні принципи та психодіагностичний інструментарій вивчення психологічних механізмів соціальної адаптації, їх компонентний склад, особливості взаємовпливу та специфіку зовнішніх факторів соціальної адаптації. Для дослідження особливостей соціальної адаптації, її психологічних механізмів та компонентного складу Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату як стрижневого утворення зазначених механізмів розроблено та апробовано авторські опитувальники та анкету дослідження особистих даних.

У ході дослідження особливостей психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату встановлено: наявність проблем соціального адаптування - непрацевлаштовуваності, незважаючи на наявність освітніх показників; відсутності власної сім'ї (окрім ветеранів операції об'єднаних сил); переважання дезадаптивних стратегій емоційно-афективного та комунікативного (ветерани операції об'єднаних сил) психологічних механізмів та механізмів психологічного захисту (проекції, раціоналізації, регресії (у молоді з вродженими ПФОРА), неприйняття (у молоді з набутими та набутими в ООС ПФОРА)); виявлено наявність компонента Я-фізичний, що не притаманний Я-концепції молоді з типовим розвитком. Виявлено статистично значущі відмінності у показниках компонентів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з вродженими і набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Узагальнення результатів дослідження дозволило визначити найбільш суттєві фактори, що можуть використовуватися при відстеженні рівня адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Визначено адаптивно спрямовані фактори (Я-орієнтований, адаптивно-раціональний) та дезадаптивні фактори (дезадаптивний, пристосувальний, емоційно-компромісний) у всієї досліджуваної молоді. Для визначення подальшого напрямку психокорекційної роботи, відповідно до принципів спеціальної психології, що полягають у дослідженні психологічних особливостей осіб з обмеженнями життєдіяльності у векторі від особливостей типового розвитку до визначення специфічних особливостей дизонтогенезу, було проведено дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з типовим розвитком. До чотирифакторної структури молоді з типовим розвитком увійшли такі три адаптивних фактори: «Я-орієнтований», «Адаптивно-захисний», «Адаптивно-конструктивний» і один дезадаптивний фактор: «Дезадаптивно-відчужено-тривожний»). Встановлено статистично значущі відмінності у показниках психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату та типовим розвитком.

Виокремлено факторні структури молоді з різними за часом виникнення порушеннями функцій опорно-рухового апарату: п'ятифакторна структура молоді з вродженими (відчужено-дезадаптивний, приймаючо-адаптивний, Я-орієнтований, залежно-раціоналізуючий, інтернально-унікаючий), чотирифакторна структура молоді з набутими (агресивно-захисний, конкурентно-запальний емоційно-адаптивний, когнітивно-поведінковий адаптивний, відчужено-дезадаптивний) та трифакторна структура молоді з набутими під час операції об'єднаних сил (деструктивно-дезадаптивний, приймаючо-співпрацюючий залежний, гіперкомпенсаторно-адаптивний) порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

За результатами констатувального дослідження було розроблено систему психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Методологічним підґрунтям для розробки зазначеної системи стали особистісно-орієнтований, системно-синергетичний, діяльнісний, корекційно-педагогічний, спеціально-психологічний та психоаналітичний теоретичні підходи. Визначено мету, реалізація якої передбачала дотримання загальнонаукових та спеціальних принципів: комплексності психологічної корекції, єдності діагностики та корекції, особистісної орієнтованості, нормативності розвитку, каузальності, діяльності, системно-синергетичного, проектування та моделювання.

Визначені засоби психокорекційного впливу на дезадаптивні прояви психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, що реалізовувались у межах просвітницького блоку: проведення лекцій, навчальних семінарів, літніх таборів, конференцій та круглих столів; блоку психокорекційної роботи: індивідуальна та групова психокорекція дезадаптивних стратегій психологічних механізмів соціальної адаптації. Основними засобами психокорекційного впливу були методи глибинного впливу, зокрема метод індивідуальної та групової психотерапії, вибір яких зумовлений складністю специфіки компонентів та особливливостей

психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

У результаті проведеного формувального експерименту встановлено ефективність запропонованої системи психокорекції. Виявлено, що застосування спеціалізованих засобів психокорекційного впливу позначається на компонентному складі, зокрема психокорекції дезадаптивних та розвитку адаптивних стратегій, емоційно-афективного, комунікативного, пізнавального, поведінкового та мотиваційно-вольового психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Ключові слова: соціальна адаптація, психологічні механізми, молодь, порушення функцій опорно-рухового апарату, структурно-функціональна модель, дезадаптивні стратегії психологічних механізмів, система психокорекції.

ABSTRACT

Chukhriy I.V. Psychological Mechanisms of Social Adaptation of Youth with Motor Disabilities. – Qualification scientific work on the rights of a manuscript.

Thesis for the acquisition of a scientific degree of Doctor of Psychological Sciences (Doctor of Sciences) in the specialty 19.00.08 – Educational Psychology for Special Needs Students. – National Pedagogical Dragomanov University, Ministry of Education and Science of Ukraine, Kyiv, 2020.

The thesis is the first one to provide a comprehensive study of psychological mechanisms of social adaptation of youth with motor disabilities; it systemically describes the structural content, peculiarities and preconditions for development, the component composition, namely, the adaptive and maladaptive strategies.

The theoretical paradigm and the structural-functional model of psychological mechanisms of social adaptation of youth with motor disabilities have been scientifically substantiated, the interrelations between the psychological mechanisms of social adaptation at the socio-psychological-individual, activity-based, nosological, age, genetic dimensions have been described.

A systemic study of the psychological mechanisms of social adaptation of youth with motor disabilities has been conducted, its results have determined the peculiarities of the stated mechanisms in youth with inborn dysontogenesis, and those who gained motor disabilities at the young age, particularly during the participation in the Joint Forces Operations.

The factor structure of youth with typical development and specifics of the stated structure of youth with motor disabilities have been empirically determined, the statistical differences between the stated sample groups have been outlined. The research singles out and describes the transformations of factor structures of the psychological mechanisms of social adaptation of youth with innate, gained motor disabilities and those gained during the participation in the Joint Forces Operation. It discloses the psychological mechanisms' dynamics depending on the time when the motor disability was gained.

A system of psychological correction of maladaptive manifestations of psychological mechanisms of social adaptation of youth with motor disabilities has been developed.

The understanding of the essence of social and social-psychological adaptation of youth with motor disabilities as well as of the peculiarities of psychological mechanisms of social adaptation of a personality have been deepened and revised.

The methodological approaches to studying and forming the socio-psychological adaptation of a personality in conditions of physical dysfunction, diagnostic methods for studying the essence of the peculiarities, features, mechanisms and factors of social adaptation of youth with motor disabilities, psychological correction techniques and the formation of the adaptive personality have been further developed.

The practical significance of the research lies in the complex development of the theoretical psychological foundations of social adaptation of youth with motor disabilities, which are used by practicing psychologists in centres of socio-psychological and complex rehabilitation of veterans, participants of the Joint Forces Operation, by the psychologists of the Veterans of War Hospital as well as within the framework of activities on socio-psychological rehabilitation of the Departments on Joint Forces Operation Participants, NGOs, Association of veterans, disabled war veterans and volunteers of Joint Forces Operation, in the psychological accompaniment of youth with motor disabilities in higher educational institutions and in the course of professional training of future graduates in specialty 053 Psychology.

The developed system for diagnosis of psychological mechanisms of social adaptation of youth with motor disabilities can be used by the psychologists in the centres for socio-psychological and complex rehabilitation of children and youth with disabilities, by the psychologists of the Veterans of War Hospital, practicing psychologists of higher educational institutions in the psychological accompaniments of youth with motor disabilities.

A system of psychological correction of maladaptive manifestations of psychological mechanisms of social adaptation of youth with motor disabilities has been introduced into the work of centres of socio-psychological and complex

rehabilitation, higher educational institutions, the motor disabilities, the Veterans of War Clinical Hospital as well as into the work of Departments on JFO participants.

The outlined peculiarities of the psychological mechanisms of social adaptation of youth with motor disabilities have enriched the scientific-methodological background of psychologists' practical activities as well as have supplemented, improved the content of the following courses' curricula: "Basics of Educational Psychology for Special Needs Students", "Orthopsychology", "Age Appropriate Counselling", "Psychology of People with Motor Disabilities and Complex Malfunctions", "Technology of Upbringing and Teaching People with Disabilities", "Basics of Psychotherapy".

The research conducts a system analysis of approaches to the issue of social adaptation of a personality, presents the results of the theoretical study on social adaptation of youth with motor disabilities.

It has been determined that social adaptation of youth with inborn motor disabilities is complicated by the unevenness of psychic development and by insufficient maturity of the main psychic functions; in addition, the stated complication is caused by the factors of social interaction. Complications of social adaptation of youth with gained motor disabilities are caused by the fact that the gain of a motor disability may be accompanied by strong emotional stress and in cases of previous complicated socialization may lead to the formation of persistent negative personality changes. The participation of youth in the Joint Forces Operations and the further gain of motor disabilities causes psychological and sometimes psychic changes, which complicate veterans' adaptation to peaceful life.

The research conducts a systemic analysis of contemporary theoretical-methodological approaches to studying the psychological mechanisms of social adaptation of a personality, provides the review of the peculiarities of psychological mechanisms from the point of systemic, materialistic, personality-oriented, cognitive, activity-based and psycho-analytical methodological approaches the generalization of which, taking into consideration the peculiarities of a personality with functional disabilities, allowed us to develop a structural-functional model of psychological

mechanisms of social adaptation of youth with motor disabilities. The ascending construct of the stated model is a four-dimensional personality structure with a personal core – the I-concept of the personality, which is presented by four orthogonal axes that reflect the social-psychological-individual, activity, nosological, age, genetic dimensions. The emotional-affective, communicative, cognitive, behavioural and motivational-willing psychological mechanisms of social adaptation of youth with motor disabilities have been singled out; each has an adaptive and a maladaptive form of manifestation. The presented mechanisms have a bi-lateral influence on social adaptation and, consequently, social adaptation factors influence the stated mechanisms within the framework of complex social rehabilitation.

The research provides the scientific substantiation of the conceptual foundations and develops a model of a complex empirical study of the psychological mechanisms of social adaptation of youth with motor disabilities. It outlines the methodological principles and the psycho-diagnostic tools for studying the psychological mechanisms of social adaptation, their composition, peculiarities of mutual influence and the specifics of the external factors of social adaptation. Original questionnaires aimed at studying the peculiarities of social adaptation, its psychological mechanisms and the I-concept composition of youth with motor disabilities as a key feature of the stated mechanisms as well as an original personal data collecting questionnaire have been developed and tested.

In the course of the study of the psychological mechanisms peculiarities of social adaptation of youth with motor disabilities we have determined the following: existence of social adaptation problems – unemployment despite a completed professional training; not having a family of their own (except for Joint Forces Operation veterans); prevalence of maladaptive strategies of emotional-affective and communicative (Joint Forces Operation veterans) psychological mechanisms and mechanisms of psychological protection (projection, rationalization, regression (in youth with inborn motor disabilities), rejection (in youth with gained motor disabilities and those gained as a result of JFO)); the presence of the I-physical component was determined, which is not characteristic of the I-concept of the youth with typical

development. The research determined the statistically significant differences in the component indexes of psychological mechanisms of social adaptation of youth with inborn and gained motor disabilities.

The generalization of results of the research allowed us to determine the most significant factors that may be used for monitoring the level of adaptation of youth with motor disabilities. Adaptive (Self-oriented, adaptive-rational) and maladaptive (maladaptive, conformist, emotional-compromising) factors in all of the studied youth have been determined. In order to determine the further vector of psychological correction work, according to the principles of social psychology, which presuppose the study of psychological peculiarities of people with physical dysfunctions in the vector from the peculiarities of typical development to defining specific peculiarities of dysontogenesis, the author conducted a study of the psychological mechanisms of social adaptation of youth with typical development. The four-factor structure of youth with typical development included 3 adaptive factors (“Self-oriented”, “Adaptive-defensive”, “Adaptive-constructive”) and one maladaptive factor (“Maladaptive-alienated-anxious”). The research defines the statistically significant differences in the indexes of psychological mechanisms of social adaptation of youth with motor disabilities and with typical development.

The factor structures of youth with different time of motor disorder development have been singled out: a five-factor structure of youth with inborn motor disabilities (alienated-maladaptive, accepting-adaptive, Self-oriented, depending-rationalizing, internally-avoiding), a four-factor structure for youth with gained motor disabilities (aggressive-defending, competitive-vibrant-emotional-adaptive) and a three-factor structure for youth with motor disabilities gained during the Joint Forces Operation (destructive-maladaptive, accepting-cooperative-dependent).

By the results of the ascertaining study a system psychological correction of maladaptive manifestations of psychological mechanisms of social adaptation of youth with disabilities was developed. The personality-oriented, system-synergic, activity-based, corrective-pedagogical special needs-psychological and psycho-analytical theoretical approaches served as the methodological foundation for the development

of the stated system. The aim has been determined, the achievement of which presupposed the observation of general scientific and specific principles, namely: the complexity of psychological correction, the unity of diagnostics and correction, orientation on the personality, normative development, causality, activity, the systemic-synergic principle, of projecting and modelling.

The author defines the ways of psycho-corrective influence of the maladaptive manifestations of the psychological mechanisms of social adaptation of youth with motor disabilities, which were implemented within the framework of the awareness-raising block: holding lectures, seminars, summer camps, conferences and round tables; as well as of the block dedicated to psychological correction work: individual and group psychological correction of maladaptive strategies of psychological mechanisms of social adaptation. The key tools of psychological corrective influence included methods of in-depth influence, namely, the method of individual and group psychological therapy, the choice of which was determined by the complexity of the specifics of the components and peculiarities of psychological mechanisms of social adaptation of youth with motor disabilities.

By the results of the performed forming experiment the efficiency of the suggested system of psychological correction has been determined. It has been defined that the application of specialized tools of psychological corrective influence affects the composition, namely, the psychological correction of maladaptive and development of adaptive strategies, the emotional-affective, communicative, perceptive, behavioural and motivational-willing components of the psychological mechanisms of social adaptation of youth with motor disabilities.

Key words: social adaptation, psychological mechanisms, youth, motor disabilities, structural-functional model, maladaptive strategies of psychological mechanisms, psychological correction system.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Наукові праці, в яких опубліковані основні результати дисертації

1. Чухрій І. В. Вікове консультування : навч. посіб. Вінниця : ВДПУ, 2019. 178 с.
2. Чухрій І. В. Диагностика психологических механизмов социальной адаптации лиц молодого возраста. *Психологический и социально-педагогический журнал «Диалог»*. Минск : Республиканское унитарное предприятие «Издательство «Пачатковая школа», 2018. № 3. С. 32–41.
3. Чухрій І. В. Дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з вродженими порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Теорія і практика сучасної психології*. Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2020. № 1, Т. 3. С. 157-160.
4. Чухрій І. В. Дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з набутими порушеннями опорно-рухового апарату. *Психологічний часопис: науковий журнал / за ред. С. Д. Максименка*. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2019. № 11. Вип. 5. С. 119–132. URL: <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.11>
5. Чухрій І. В. Дослідження особливостей Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Теорія і практика сучасної психології*. Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2019. № 5, Т. 1. С. 191–196.
6. Чухрій І.В. Захисні психічні механізми соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Психологічні засади розвитку, психодіагностики та корекції особистості в системі неперервної освіти*. Науковий вісник КВНЗ «Вінницька академія неперервної освіти» [За науковою редакцією Томчука М.І.]. Зб. мат-лів II Подільської наук.-практ. конф. Вінниця: ТОВ «Віндрук», 2017. Вип. № 1 (14). С. 182-184.
7. Чухрій І.В. Методичні рекомендації до вивчення дисципліни Комплексне соціальне реабілітування підготовки магістра галузі знань 23

Соціальна робота спеціальності 231 Соціальна робота спеціалізації Психологія. Вінниця: ВДПУ ім. Михайла Коцюбинського, 2018. 32с.

8. Чухрій І. В. Модель психокорекції психологічних механізмів соціального адаптування молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Психологічний часопис: науковий журнал / за ред. С. Д. Максименка*. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2020. № 2. Вип. 6. С 43–50. URL:<https://doi.org/10.31108/1.2020.6.2>.

9. Чухрій І.В. Образ фізичного «Я» ветеранів антитерористичної операції з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Реабілітація учасників бойових дій в Україні: досвід та перспективи*. Тези доповідей III Всеукр. наук.-практ. конф. Хмельницький, 2018. С. 66-69.

10. Чухрій І.В. Особливості переживання психічної травми ветеранами АТО/ООС з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Психологічні засади розвитку, психодіагностики та корекції особистості в системі неперервної освіти*. Науковий вісник КВНЗ «Вінницька академія неперервної освіти» [За науковою редакцією Томчука М.І.]. Збірник мат-лів IV Подільської наук.-практ. конф. з міжн. участю. Вінниця: ФОП Рогальська І.О. 2019. Вип. № 3 (26). С. 155-157.

11. Чухрій І.В. Особливості образу фізичного «Я» молодих людей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»*. Тематичний випуск «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору». Київ: Гнозис, Додаток 1 до Вип. 37, Т. IV (72), 2016. С. 280-291.

12. Чухрій І. В. Особливості психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Екологічна психологія*. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2017. Вип. 44, Т. VII. С. 283–292.

13. Чухрій І. В. Особливості розвитку образу тіла у осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату *Психологічний часопис* : зб. наук. пр. / за ред. С. Д. Максименка. Київ : Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2017. № 5 (9). С. 163–172. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2017_5_16

14. Чухрій І. В. Особливості розвитку професійної ідентичності молоді з обмеженнями функцій життєдіяльності. *Освіта дітей з особливими потребами: від інституалізації до інклюзії*: зб. тез доп.. Ред кол.: В. В. Засенко, А. А. Колупаєва, Н. І. Лазаренко, З. П. Ленів. Вінниця: ТОВ фірма «Планер», 2016. С. 357-360.

15. Чухрій І. В. Особливості розвитку Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Психологічні засади розвитку, психодіагностики та корекції особистості в системі неперервної освіти*. Науковий вісник КВНЗ «Вінницька академія неперервної освіти» [За науковою редакцією Томчука М. І.]. Зб. мат-лів III Подільської наук.-практ. конф.. Вінниця: ТОВ «Віндрук», 2018. Вип. № 1 (16). С. 183-185.

16. Чухрій І. Особливості соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату внаслідок дизонтогенезу. *Europe an humanities studies: State and Society / Europejskie studia humanistyczne: Państwo I Społeczeństwo*. Poland-Ukraine, 2019. Is. 1 (I). P. 261–274.

17. Чухрій І. В. Особливості соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дітей з функціональними обмеженнями в умовах соціальної кризи в суспільстві. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Екологічна психологія. Житомир : ЖДУ ім. І. Франка, 2015. Вип. 39, Т. VII. С. 413–422.

18. Чухрій І. В. Особливості соціально-психологічної адаптації студентів з порушеннями функцій опорно-рухового апарату в освітньому просторі вищих навчальних закладів. *Інноваційні освітні технології: досвід Європейського союзу та його впровадження в процес підготовки політологів, соціологів, психологів, істориків*. Сладковічево, Словацька Республіка, 2016. С. 133–137.

19. Чухрій І. В. Психологічна допомога сім'ям, які виховують дітей з функціональними обмеженнями. Розвиток особистості майбутнього психолога в умовах трансформації суспільства: монографія / В. І. Шахов, О. М. Паламарчук [та ін.]. Вінниця : ТОВ «Нілан-ЛТД», 2016. С. 223–240.

20. Чухрій І. В. Психологічні механізми соціальної адаптації ветеранів антитерористичної операції об'єднаних сил з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2019. Серія 19, Вип. 37. С. 178–186.

21. Чухрій І. В. Психологічні механізми соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)* : зб. наук. пр. / за ред. В. В. Нечипоренко. Кам'янець-Подільський : Видавець Панькова А. С., 2020. Вип. 15. С. 220–230.

22. Чухрій І. В. Психологічні особливості життєтворчості молоді з обмеженнями життєдіяльності. *Досвід і проблеми організації соціальної та життєвої практики учнів і студентів на засадах компетентнісного підходу до освіти (до 25-річчя Наукової школи педагогіки та психології життєтворчості)* : мат-ли Міжн. наук.-практ. конференції (12–13 жовтня 2018 року м. Запоріжжя) / за наук. ред.: А. Г. Шевцова. Запоріжжя : Вид-во Хортицької національної академії, 2018. С. 209–211.

23. Чухрій І.В. Психологічні особливості копінг-механізмів соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності. *Збірник V Всеукраїнської науково-практичної конференції: Підготовка фахівців соціономічних професій в умовах сучасного соціокультурного простору*. Вінниця: ФОП Тарнашинський О.В., 2017. С. 54-56.

24. Чухрій І.В. Психологічні особливості впливу негативних соціальних явищ на емоційні переживання юнаків. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. Екологічна психологія*. Житомир: «Вид-во ЖДУ ім. І.Франка», 2016. Вип. 41, Т. VII. С. 427-435.

25. Чухрій І. Психологічні особливості переживання негативних емоційних станів ветеранами антитерористичної операції/ операції об'єднаних сил з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Анімалотерапія в контексті розвитку сучасних методів комплексної реабілітації*: мат-ли І Міжн. наук.-практ. конф. «Анімалотерапія в контексті розвитку сучасних методів комплексної реабілітації» / за ред. А.Шевцова, М.Шеремет. Київ: Альянт, 2019. С. 109-111.

26. Чухрій І. В. Психологічні особливості професійної ідентичності молодих людей з обмеженнями функцій опорно-рухового апарату. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2016. № 6. С. 191–196.

27. Чухрій І. В. Соціальна адаптація молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Екологічна психологія*. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2019. Вип. 48, Т. VII. С. 236–446.

28. Чухрій І. В. Соціально-психологічна реабілітація батьків, які виховують дітей з функціональними обмеженнями. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: педагогіка і психологія*. Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2016. № 45. С. 153–158.

29. Чухрій І.В. Соціально-психологічні чинники виникнення дезадаптованості в осіб молодого віку з обмеженнями життєдіяльності. *Наука і освіта*. 2016. №9/СХХХХХ. С.203-208.

30. Чухрій І. В. Формування образу тіла у молоді з порушенням функцій опорно-рухового апарату. *Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал*. Київ : ВІК Принт, 2017. Т. 10, №1, 2 (35–36). С. 85–89.

31. Чухрій І. В., Билина Д. І. Особливості ціннісно-сміслової сфери військовослужбовців, які брали участь в антитерористичній операції. *Теорія і*

практика сучасної психології. Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2019. № 1. Т.2. С. 153–158.

32. Чухрій І.В., Мочікіна І.Г. Психологічні особливості соціально-психологічної адаптації молодих людей з обмеженнями функцій опорно-рухового апарату. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2018. №2. С. 176-180.

33. Томчук М. І., Чухрій І. В. Соціально-психологічна реабілітація батьків дітей з функціональними обмеженнями : навч.-метод. посіб. Вінниця : ВОПОПП, 2015. 130 с.

34. Шевцов А.Г., Чухрій І.В. Психологічний механізм соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності. *Особлива дитина: навчання і виховання*. Науковий, навчальний, інформаційний журн. Київ: Педагогічна преса, 2019. Вип. 93, Т. 4. С. 15-29.

35. Шевцов А. Г., Чухрій І. В. Психологія соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Збірник матеріалів V Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки, психології та реабілітології. «Діти з особливими потребами в освітньому просторі»*, 10-11 жовтня 2019 року, Чернігів (Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка). Київ: Симоненко О.І., 2019. С. 242-247.

36. Chukhrii I. Researching of youth self-concept with the musculoskeletal system disorders. *The scientific heritage*. Budapest, Hungary, 2019. № 32. V. 3. P. 48–51.

37. Shevtsov A., Chukhrii I. Formation of the professional Self-concept in young people with musculoskeletal disabilities. *Edukacja zawodowa i ustawiczna*. Polsko-Ukrainski rocznik naukowy, 2019. № 4. P. 289-299.

38. Shevtsov A., Chuhrii I. Psychological mechanisms of social adaptation of young people with disabilities. *American Journal of Applied and Experimental Research*. New York NY. USA, 2017. №3(6). P.6-14.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	23
ВСТУП.....	25
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	36
1.1. Аналіз наукових підходів до вивчення феномену соціальної та соціально-психологічної адаптації особистості.....	36
1.2. Передумови соціальної адаптації осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату внаслідок дизонтогенезу.....	54
1.3. Чинники соціальної адаптації молоді з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату.....	78
1.4. Специфіка соціальної адаптації ветеранів операції об'єднаних сил.....	90
Висновки до розділу 1.....	104
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	108
2.1. Психологічні механізми соціальної адаптації особистості....	108
2.2. Я-концепція особистості молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату як стрижневе утворення психологічних механізмів соціальної адаптації.....	128
2.3. Структурно-функціональна модель психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату	149
Висновки до розділу 2	159
РОЗДІЛ 3. КОНЦЕПУАЛЬНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	162
3.1. Система дослідження механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.....	162
3.2. Дослідження особливостей Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.....	171
3.3. Діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації молоді.....	179

3.4. Обґрунтування методів та методик дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату	185
Висновки до розділу 3.....	194
РОЗДІЛ 4. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ...	197
4.1. Особливості Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.....	197
4.2. Вивчення особливостей соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.....	207
4.3. Комплексне дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.....	216
4.4. Компоненти психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.....	228
4.5. Динаміка трансформації адаптивних особистісних структур у молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.....	254
Висновки до розділу 4.....	278
РОЗДІЛ 5. СИСТЕМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ДЕЗАДАПТИВНИХ ПРОЯВІВ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	289
5.1. Модель практичної реалізації системи психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.....	289
5.2. Психокорекційна програма подолання соціально-психологічної дезадаптованості молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.....	315
5.3. Оцінка ефективності системи психокорекції психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.....	357
Висновки до розділу 5.....	364
ВИСНОВКИ.....	368
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	375
ДОДАТКИ.....	411

LIST OF GLOSSING ABBREVIATIONS

MSS – musculo-skeletal system

MD – motor disability

ICP – infantile cerebral paralysis

JFO – Joint Forces Operations

PTSD – post-traumatic stress disorder

ASD – acute stress disorder

TSD – traumatic stress disorder

GAD – generalized anxiety disorder

CSR – combat stress reaction

SPA – social-psychological adaptation

TA - trait anxiety

SA – state anxiety

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРЕЧЕНЬ

ОРА- опорно-руховий апарат

ПФОРА – порушення функцій опорно-рухового апарату

ДЦП – дитячий церебральний параліч

ООС – операція об'єднаних сил

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

ГСР – гострий стресовий розлад

ТСР – травматичний стресовий розлад

ГТР – генералізований тривожний розлад

БСР -бойова стресова реакція

СПА – соціально-психологічне адаптування

ОТ- особистісна тривожність

РТ – реактивна тривожність

ВСТУП

Актуальність теми. За останні роки в Україні відбулися конструктивні зміни не лише в галузі соціальної політики, але й у суспільному ставленні до проблем людей з обмеженнями життєдіяльності. На державному рівні впроваджуються програми соціально-психологічної реабілітації та інтеграції молоді з обмеженнями життєдіяльності, зокрема з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, здійснюються заходи щодо безбар'єрного переміщення та взаємодії з оточенням, проте проблема соціальної адаптації залишається однією з основних у навчанні та праці, а також в особистісному розвитку молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Особливо важливою проблемою сьогодення є вироблення ефективних та психокорекція несприятливих стратегій психологічних механізмів соціальної адаптації у молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату з метою покращення їхньої життєдіяльності, навчання, професійного становлення та особистісних взаємостосунків.

Чимала кількість вітчизняних і зарубіжних науковців досліджували різні аспекти адаптації особистості до соціальних умов: у межах соціально-філософського напрямку (І. Зязюн, А. Капська, Л. Коваль, Л. Міщик, В. Москаленко, І. Надольний, Г. Сагач, О. Скларова); у біологічних дослідженнях (Ч. Дарвін, Т. Пілат та інші); у межах психофізіологічного напрямку (П. Анохін, К. Бернар, В. Войтко, О. Кокун, Г. Сельє, І. Сеченов). У психологічних дослідженнях соціальна адаптації особистості була предметом вивчення у численних наукових дослідженнях, зокрема загальні концептуальні підходи щодо соціальної адаптації особистості (А. Ананьєв, І. Бех, Л. Божович, С. Максименко, А. Налчаджян, Ж. Піаже); фактори та чинники порушення соціальної адаптації (А. Адлер, Р. Бернс, Дж. Келлі, О. Леонт'єв, А. Петровський, С. Рубінштейн, З. Фрейд, А. Фурман).

У спеціальних психолого-педагогічних дослідженнях розкриваються проблеми: соціалізації особистості з обмеженнями життєдіяльності (В. Бондар,

В. Засенко, В. Синьов); здійснення корекційно-психологічного (Л. Виготський, В. Лебединський, В. Лубовський І. Мартиненко, К. Островська, Л. Прохоренко, Л. Руденко, Є. Синьова, Т. Скрипник, О. Хохліна, Л. Фомічова, Д. Шульженко) та корекційно-педагогічного (В. Засенко, С. Конопляста, С. Миронова, В. Синьов, С. Федоренко, О. Чеботарьова, М. Шеремет) впливу для оптимізації соціальної адаптації дітей з обмеженнями життєдіяльності; особливості соціальної адаптації особистості з порушеннями функцій опорно-рухового апарату (О. Глоба, І. Мамайчук, О. Романенко, В. Лебединський, К. Семенова, О. Чеботарьова, Л. Шипіцина, А. Шевцов, С. Яковлева).

Маючи різні погляди на зміст поняття «соціальна адаптація», дослідники одностайні в тому, що це результат активного пристосування до умов соціального середовища через засвоєння й прийняття індивідом цілей, цінностей, норм і стилю поведінки, схвалених суспільством.

Теоретичні та прикладні аспекти психологічних механізмів соціальної адаптації представлені у низці вітчизняних та зарубіжних досліджень з позицій системного підходу (П. Анохін, І. Павлов, І. Сеченов), структурного функціоналізму (Т. Парсонс), соціологічного напрямку (Л. Кузнецова), особистісно-орієнтованого (С. Максименко), соціально-конгнітивного (Ж. Піаже), поведінкового (Р. Лазарус, Е.Торндайк, Д.Уотсон), психоаналітичного (О.Феніхель, А.Фрейд, З.Фрейд) підходів. Висвітлені аспекти розкривають специфіку певних психічних та психологічних механізмів соціальної адаптації, але не дають цілісного уявлення про можливий спектр дії зазначених механізмів, їх взаємодію на особистісному рівні та компонентний склад. Специфіка психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності, зокрема порушеннями функцій опорно-рухового апарату, не розкрита в науковій літературі попри достатньо розроблену проблему дослідження особистісного розвитку (розвитку Я-концепції, антисипацію, психофізіологічні особливості розвитку), особливості психокорекційної допомоги, реабілітування, навчання та виховання дітей з вродженими порушеннями функцій опорно-рухового апарату (О.Глоба,

І. Мамайчук, Е. Мастюкова, В. Лебединський, М. Нікітіна, О. Романенко, К. Семенова, А. Шевцов). Нерозробленою є система психокорекційного впливу на дезадаптивні стратегії психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Актуальність зазначеної проблеми, її недостатнє теоретичне й експериментальне вивчення зумовили вибір теми дисертаційної роботи **«Психологічні механізми соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату»**.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Тема дисертаційного дослідження входить до тематичного плану науково-дослідних робіт кафедри ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Тему дисертації затверджено на засіданні вченої ради Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова (протокол № 11 від 23 травня 2017 р.) і погоджено в Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 4 від 20 червня 2017 р.).

Мета дослідження полягає в теоретико-концептуальному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату та в створенні системи психокорекційної роботи.

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

1. Здійснити аналіз наукових підходів до вивчення феномену соціальної адаптації особистості, зокрема молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

2. Дослідити теоретико-методологічну концепцію психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату та розробити їх структурно-функціональну модель.

3. Обґрунтувати та розробити методику емпіричного дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

4. Дослідити особливості психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

5. Обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити систему психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Об'єкт дослідження - соціально-психологічна адаптація молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Предмет дослідження - психологічні механізми соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

В основу дослідження були покладені наступні **припущення**: психологічні механізми соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату діють у психологічному суб'єктивному просторі навіть у тому випадку, коли спостерігаються зовнішні форми взаємодії між суб'єктами, де в якості активної сторони виступають агенти соціалізації; соціально-психологічна дезадаптованість у молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату - це негативне особистісне утворення, яке виникає або внаслідок дизонтогенезу (пренатальної травми чи в ранньому дитинстві), або внаслідок травми в дорослому віці (зокрема як посттравматичний стресовий розлад); ефективними методами психокорекції, зокрема аналітично орієнтованою терапією, підвищується рівень соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату через вироблення адаптивних стратегій психологічних механізмів.

Методологічну і теоретичну основу дослідження склали: положення про розвиток індивіда з порушеннями функцій опорно-рухового апарату (Л. Бадалян, С. Бортфельд, Л. Виготський, Д. Вернер, Т. Ілляшенко, Е. Крамер, І. Мамайчук, Е. Мастюкова, М. Нікітіна, О. Романенко, К. Семенова, А. Шевцов); положення про соціальну адаптацію людини (А. Налчаджян, В. Петровський, С. Розум, В. Синьов, А. Фурман); концепція психологічних механізмів соціальної адаптації (Л. Анциферов, Н. Бернштейн, Р.Лазарус, С. Максименко, А. Налчаджян, Т. Парсонс, Ж. Піаже, Р.Плутчік, С. Розум, О. Феніхель,

А. Фрейд, З. Фрейд, Е.Хейм); концепція соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності (Т. Єжова, Т. Комар, Т. Панченко, М. Томчук, А. Шевцов), теоретичні положення спеціальної психології (В. Лебединський, В. Лубовський, І. Мартиненко, К. Островська, Л. Прохоренко, О. Романенко, Л. Руденко, В. Синьов, Є. Синьова, Т. Скрипник, Л. Фомічова, О. Хохліна, Л. Чеботарьова, Д. Шульженко), положення про складну чотиривимірну структуру особистості людини з обмеженнями життєдіяльності (В. Рибалко, А. Шевцов).

Методи дослідження. Для досягнення мети і розв'язання поставлених завдань використано наступні методи дослідження:

теоретичні: філософсько-психологічний аналіз проблеми, дедуктивний (аксіоматичний і гіпотетико-дедуктивний) – для системного опису явища, що досліджується; індуктивний – для встановлення закономірностей, систематизації, типологізації результатів дослідження; моделювання (структурно-функціональне) – з метою побудови системних моделей дослідження, визначення ефективних напрямів проблеми;

емпіричні: констатувальний експеримент з використанням спостереження, контент-аналізу, методу експертних оцінок, комплексу психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення різних аспектів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, зокрема її психологічних механізмів;

методи математичної обробки даних: кількісний та якісний аналіз результатів дослідження; кореляційний, факторний аналіз, t-критерій Стьюдента для незалежних та залежних виборок та інші – для підтвердження статистичної достовірності зроблених висновків. Статистична обробка здійснювалася за допомогою комп'ютерної програми SPSS 16.0 for Windows.

Експериментальна база дослідження. Дослідження здійснювалось упродовж 2016-2018 років у Вінницькій області (Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, Вінницький соціально-економічний інститут Відкритого міжнародного університету розвитку людини

«Україна», Вінницький міський центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Гармонія» імені Раїси Панасюк, Вінницький міжрегіональний центр професійної реабілітації інвалідів «Поділля»; Вінницький обласний центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Обрій»; Вінницький обласний клінічний госпіталь ветеранів війни Вінницької обласної ради; ГО «ВА Асоціація ветеранів, інвалідів війни та волонтерів АТО»; Комунальний вищий навчальний заклад «Вінницька академія неперервної освіти»; Вінницька обласна державна адміністрація Департамент соціальної та молодіжної політики Управління у справах ветеранів війни); Київській області (Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»); Сумській області (Роменський центр комплексної реабілітації для дітей (осіб) з інвалідністю); Дніпропетровській області (Управління з питань учасників АТО); Донецькій області (Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Донбас»).

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що *вперше*:

- системно розкрито структурний зміст психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, розкрито їх специфіку та компонентний склад, зокрема адаптивні та дезадаптивні стратегії;

- обґрунтовано теоретичну парадигму та структурно-функціональну модель психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату;

- описано взаємовплив психологічних механізмів соціальної адаптації на соціально-психологічно-індивідуальному, діяльнісному, нозологічному, віковому, генетичному вимірах;

- здійснено системне вивчення психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, за результатами якого встановлено особливості зазначених механізмів у молоді з

вродженими, набутими в молодості та набутими під час участі в операції об'єднаних сил (ООС) порушеннями функцій опорно-рухового апарату;

- емпірично виокремлено і описано трансформації факторних структур психологічних механізмів соціальної адаптації та Я-концепції особистості молоді з вродженими, набутими в молодості та під час участі в ООС порушеннями функцій опорно-рухового апарату;

- емпірично виявлено факторну структуру молоді з типовим розвитком та специфіку зазначеної структури молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, встановлено статистичні відмінності у зазначених вибірках досліджуваних;

- розкрито динаміку психологічних механізмів у залежності від часу набуття порушень функцій опорно-рухового апарату;

- розроблено систему психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату;

поглиблено та уточнено: уявлення про сутність соціальної та соціально-психологічної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату; особливості психологічних механізмів соціальної адаптації;

набули подальшого розвитку: методологічні підходи до вивчення та формування соціально-психологічної адаптації особистості в умовах обмеження життєдіяльності, методи діагностики вивчення сутності особливостей, ознак, механізмів та чинників соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, психокорекційні технології формування адаптивності особистості.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що:

- здійснено комплексну розробку теоретико-психологічних засад соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, що застосовуються практичними психологами центрів соціально-психологічної та комплексної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю, в процесі комплексної реабілітації ветеранів учасників ООС, психологами госпіталю ветеранів війни та

в межах здійснення заходів соціально-психологічної реабілітації управліннями з питань учасників ООС, громадськими організаціями, асоціаціями ветеранів, інвалідів війни та волонтерів ООС, у психологічному супроводі молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату закладів вищої освіти та в процесі професійного навчання майбутніх фахівців за спеціальністю 053 Психологія;

- розроблена система діагностики психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату може використовуватися психологами центрів соціально-психологічної та комплексної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю, психологами госпіталю ветеранів війни, практичними психологами закладів вищої освіти, у психологічному супроводі молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату;

- впроваджено систему психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату у діяльність центрів соціально-психологічної та комплексної реабілітації, закладах вищої освіти, клінічному госпіталі ветеранів війни та діяльність управлінь з питань учасників ООС;

- окреслені особливості психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату збагатили науково-методичну базу практичної діяльності психологів та доповнили, удосконалили зміст програм з підготовки психологів з навчальних дисциплін «Основи спеціальної психології», «Ортопсихологія», «Вікове консультування», «Психологія осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату та комплексними вадами», «Технології виховання та навчання осіб з обмеженнями життєдіяльності», «Основи психотерапії».

Апробація результатів дослідження. Теоретичні та експериментальні положення доповідалися та були схвалені на науково-практичних конференціях і семінарах:

міжнародних: «Сучасні проблеми екологічної психології: місто та мегаполіс як середовище життєдіяльності» (Вінниця, 2015); «Сучасні проблеми екологічної психології: еколого-психологічні наслідки криз та катастроф» (Київ, 2016); «Актуальні проблеми навчання та виховання людей в інтегрованому освітньому середовищі у світлі реалізації конвенції про права осіб з інвалідністю» (Київ, 2017); «Інклюзивна освіта: досвід і перспективи» (Вінниця, 2017, 2018); «Досвід і проблеми організації соціальної та життєвої практики учнів і студентів на засадах компетентнісного підходу до освіти» (Запоріжжя, 2018); «Діти з особливими потребами в освітньому просторі» (Чернігів, 2019); «Актуальні проблеми ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології» (Запоріжжя, 2019);

- *всеукраїнських:* «Психолого-педагогічні засади розвитку та корекції особистості у навчально-виховному процесі» (Вінниця, 2014); Всеукраїнський навчальний семінар-тренінг «Табір активної реабілітації для опікунів та людей з інвалідністю» (Вінниця, 2014); «Освіта дітей з особливими потребами: від інституалізації до інклюзії» (Вінниця, 2016); «Актуальні питання соціалізації дітей з особливими освітніми потребами» (Дніпро, 2016); Всеукраїнський навчальний семінар для осіб з інвалідністю «Техніка пошуку роботи» (Вінниця, 2016); «Підготовка фахівців соціономічних професій в умовах сучасного соціокультурного простору» (Вінниця, 2017), «Педагогічні читання – 2017» (Київ, 2017), «Мінлива матриця сьогодення» (Київ, 2017); «Інноваційні підходи в освіті дітей із особливими потребами» (Львів, 2018); «Реабілітація учасників бойових дій в Україні: досвід та перспективи» (Хмельницький, 2018); «Концептуальні засади розвитку освіти дорослих: світовий досвід, українські реалії і перспективи» (Київ, 2018); грантовий проект «Нові можливості працевлаштування для осіб з інвалідністю» (Вінниця, 2018);

- *регіональних:* «Психосоматика: мультидисциплінарний підхід» (Вінниця, 2013); «Психотерапія і психоаналіз: надбання та перспективи розвитку в XXI столітті» (Київ, 2015); «Психологічні засади розвитку, психодіагностики та корекції особистості в системі неперервної освіти» (Вінниця, 2017, 2018, 2019),

«Актуальні проблеми сучасної науки і наукових досліджень» (Вінниця, 2019); тренінгова програма соціально-культурного проекту «Інклюзивна освіта: практикум комунікативної компетенції для психологів навчальних закладів м. Вінниці» (Вінниця, 2017); теоретичний семінар «Основи психоаналітичного процесу. Опір» (Вінниця, 2018); теоретико-практичний семінар «Практична психологія: теорія та практика» (Вінниця, 2014, 2016); VI – фестиваль практичної психології (Вінниця, 2015); круглий стіл «Психолого-педагогічний супровід дітей дошкільного та молодшого шкільного віку з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі» (Вінниця, 2016); Благодійний фестиваль психології Вінницького соціально-економічного інституту університету «Україна» (Вінниця, 2016).

Результати дослідження *впроваджено* в процес соціально-психологічного супроводу: Вінницького міського центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Гармонія» імені Раїси Панасюк (акт впровадження № 43/ 19 від 19.12.2019), Вінницького міжрегіонального центру професійної реабілітації інвалідів «Поділля» (акт впровадження № 624/1 від 19.12.2019); Вінницького обласного центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Обрій» (довідка № 01-014/016 від 17.02.2020); Роменського центру комплексної реабілітації для дітей (осіб) з інвалідністю (довідка № 54 від 20.12.2019р.); Центру комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Донбас» (довідка №34 від 13.12.2019); Вінницького обласного клінічного госпіталю ветеранів війни Вінницької обласної ради (довідка № 06-92284 від 05.12.2019); ГО «ВА асоціація ветеранів, інвалідів війни та волонтерів АТО» (акт впровадження №14/02 від 14.02.2020); Вінницької обласної державної адміністрації Департаменту соціальної та молодіжної політики Управління у справах ветеранів війни (акт впровадження № 06-922 від 14.02.2020); Дніпропетровської обласної державної адміністрації Управління з питань учасників АТО (довідка № 35 від 17.02.2020).

В освітній процес таких закладів освіти: Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського (довідка №06/6 від

14.02.2020), Вінницький соціально-економічний інститут Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» (довідка № 1/27-76/від 12.03.2019), Комунального вищого навчального закладу «Вінницька академія неперервної освіти» (довідка № 87/ 3 від 10.12.2019); Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» (акт впровадження №7-Д від 17.02.2020).

Особистий внесок здобувача в працях, написаних у співавторстві, полягає у: вивченні психологічних особливостей молоді з обмеженнями життєдіяльності та типовим розвитком [289; 351; 352]; описанні концептуальних положень психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату [403], визначенні їх специфіки та особливостей компонентного складу [363; 364] та особливостей розвитку Я-концепції як стрижневого утворення зазначених механізмів [402].

Публікації. Основні наукові положення й результати дослідження опубліковані в 38 наукових працях: 2 науково-методичних посібники; 1 методичні рекомендації; 1 розділ у колективній монографії; 16 статей у вітчизняних, 5 – у зарубіжних періодичних наукових виданнях; 3 - у загальнонаукових; 10 – у матеріалах конференцій.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук «Особливості соціально-психологічної дезадаптованості матерів у ставленні до дітей-інвалідів та її психокорекція» була захищена в 2013 році, її матеріали в тексті докторської дисертації не використовувались.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційне дослідження складається зі вступу, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел (406 найменувань, з них 27 – іноземними мовами) і 19 додатків на 42 сторінках. Загальний обсяг роботи становить 450 сторінок, з них основного змісту – 374 сторінки. Дисертація містить 26 таблиць і 15 рисунків на 23 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

1.1. Аналіз наукових підходів до вивчення феномену соціальної та соціально-психологічної адаптації особистості

Одним із фундаментальних принципів сучасної науки є принцип адаптації, що відображає здатність організму активно пристосовуватися до навколишнього середовища. У людському суспільстві принцип адаптації реалізується на біологічному, фізіологічному, психічному і соціальному рівнях, а тому, досліджуючи проблему адаптації, зокрема соціальної, важливо враховувати її міждисциплінарне значення [293, с. 103-108].

Цариною наукового пізнання є філософія. Саме з позиції філософської науки, приходимо до висновку, що адаптація - це процес пристосування до умов зовнішнього та внутрішнього середовища [298].

Починаючи з античних часів, філософи всіх напрямів приділяли велике значення проблемі адаптації і визначали її провідне місце в процесі соціалізації людини. Наприклад, Дж. Дьюї описав зазначене в концепції культурної адаптації [299]. У сучасних наукових поглядах проблема адаптації є провідним напрямом соціально-філософської науки. Дослідження зазначеної проблеми висвітлені в працях І. Зязюна, А. Капської, Л. Коваль, Л. Міщик, В. Москаленко, І. Надольного, Г. Сагач, О. Склярова та інших [97; 274].

Поняття адаптації в біології розглядається як пристосування організму до зовнішнього середовища в процесі еволюції, включно з морфофізіологічними та поведінковими складовими. Адаптація може забезпечувати життя та виживання організму в умовах конкретного місця проживання, стійкість до дії факторів абіотичного та біологічного характеру, а також успіх у конкуренції з іншими видами, популяціями, особинами. Кожен з видів має власну здатність до

адаптації, обмежену фізіологією (індивідуальна адаптація), межами прояву материнського ефекту та модифікацій, епігенетичною різноманітністю, внутрішньовидовими змінними, мутаційними можливостями, коадаптаційними характеристиками внутрішніх органів та іншими видовими особливостями. Адаптація передбачає життєво необхідне пристосування організму до постійних і мінливих умов зовнішнього середовища (сезонних змін температури, освітленості, вологості, змін у харчуванні) та змін в організмі, пов'язаних із виникненням захворювання, обмеженням чи втратою деяких функцій тощо [219, с. 10].

В еволюційній теорії Ч. Дарвіна центральне місце посідає поняття адаптації (пристосування) організмів до того середовища, в якому вони живуть, зберігають та народжують нащадків (а від них – відповідні види), які найкращим чином пристосувалися до середовища проживання. Сутність адаптації розкривається у двох взаємопов'язаних процесах: появи різноманітності організмів та природному відборі (селекції) і є наслідком боротьби за існування. Процеси біологічної адаптації призводять до адаптованості організмів, що є найкращим структурно-функціональним співвідношенням організму з умовами постійного середовища життя [78].

Ч. Дарвін зазначав, що, на відміну від тварин, людина має більш розвинуті соціальні інстинкти, мислення, мовлення, здатність запам'ятовувати минуле та навички і можливість передбачати майбутнє. Ці вищі здібності допомагають пристосуванню людей до різноманітних умов життя [78].

Про особливості пристосування тварин у своїх працях зазначав О. Леонт'єв. Відповідно до його наукової концепції, розвиток психіки тварин відбувається в процесі їхньої біологічної еволюції та під впливом загальних законів цього процесу. Розвиток психіки визначається необхідністю пристосування тварин до середовища, а психічне відображення - це функція відповідних органів, сформованих у них під час зазначеного пристосування [142].

Адаптації видів у межах одного біоценозу, зазвичай, пов'язані між собою. Якщо адаптаційний процес у якогось виду не знаходиться в рівновазі, то еволюціонувати може весь біоценоз (іноді з негативними наслідками) навіть у стабільних умовах навколишнього середовища.

Процес розвитку життя на Землі передбачає наявність адаптації у організмів. Починається адаптація з найпростіших видів, що пристосовуються до навколишнього середовища та існуючих умов. Виникнення та виживання організмів можливе лише при співвідносності організмів та навколишнього середовища. Виживають ті організми, які виробляють найкращі форми свого збереження. Їхній розвиток, перехід на вищий ступінь обумовлені необхідністю адаптації. Таким чином, еволюція і адаптація – процеси невід'ємні один від одного.

Адаптацією є також можливість будь-якої системи отримувати нову інформацію для наближення своєї поведінки та структури до оптимальної. Системи адаптивні, якщо при змінах, що знижують їх ефективність у виконанні своїх функцій, вони реагують, змінюючи свій власний стан або стан зовнішнього середовища так, щоб їхня ефективність збільшувалася.

У біології адаптація розглядається як відповідність (та процес, що призводить до такої відповідності) між живою системою і зовнішніми щодо неї умовами. Сучасна біологія широко користується поняттям «адаптація» при характеристиці пристосування організму до динамічних умов не тільки зовнішнього, а й внутрішнього середовища.

З появою кібернетики в якості механізмів адаптації розглядається негативний зворотній зв'язок, що забезпечує цілеспрямоване реагування складної системи на змінні умови середовища, поняття адаптації стало широко застосовуватися в соціальних та технічних науках. Кібернетичний підхід при аналізі складних систем також супроводжується використанням поняття «адаптація» («гомеостаз») [221].

Відповідно, термін «адаптація» можна розглядати в трьох аспектах: адаптація як властивість системи пристосовуватися до можливих змін

функціонування – система адаптації; адаптація як сам процес пристосування адаптивної системи – власне адаптація; адаптація як метод, заснований на обробці інформації, що надходить, та пристосований для досягнення певних критеріїв оптимізації – адаптаційні алгоритми.

У більш широкому розумінні, адаптація в біології – це виникнення і розвиток певних, конкретних морфофізіологічних властивостей, значення яких для організму пов'язане з одиничними чи загальними умовами його абіотичного і біотичного середовища.

Адаптація як адаптаційна відповідь може існувати на багатьох рівнях: на клітинному рівні у вигляді функціональних або морфологічних змін; на рівні органу або групи клітин, що мають однакову функцію; на рівні організму як морфофізіологічного, так і функціонального цілого, що є спільністю всіх фізіологічних функцій, спрямованих на збереження вітальних функцій самого життя.

Б. Ананьєв, аналізуючи наукові роботи Т. Пілат, зазначав, що головний зміст адаптації - це внутрішні процеси в системі, що забезпечує збереження її внутрішніх функцій по відношенню до середовища. Якщо структура системи забезпечує їй нормальне функціонування в зазначених умовах середовища, то таку систему вважають адаптованою до цих умов. На цій стадії встановлюється рівновага, під час якої відбуваються зміни фізичних показників у межах норми [12].

У психофізіологічному підході адаптація визначається як процес зумовлений зміною в психофізіологічному стані людини під впливом дезадаптивних факторів, що потребує одночасної та узгодженої взаємодії функціональних підсистем на всіх рівнях цілісної системи «психофізіологічний стан» з метою ефективного забезпечення діяльності в нових умовах [119]. У зазначеній парадигмі О. Кокун виокремлює такі рівні адаптації: субклітинний, клітинний, тканинний, окремого органа, окремої системи органів, цілісного організму, груповий та популяційний. Зокрема, адаптація розглядається при

вивченні сенсорних систем (сенсорна адаптація: смакова, темнова, слухова, світлова, шкіряна та нюхова) [6; 119].

В. Войтко визначає адаптацію як зміну параметрів чутливості аналізаторів, пристосування їх до подразників (наприклад, око адаптується при сприйманні віддаленого об'єкта завдяки механізмам акомодатії та конвергенції). При вужчому розумінні цього терміна мова йде про адаптацію сітківки (ретини) ока до світлових променів. Схожі фізіологічні процеси відбуваються також і в інших рецепторах організму [221].

Із викладеного вище бачимо, що адаптація у проаналізованих наукових концепціях розглядається в міждисциплінарній парадигмі і кардинальна роль у забезпеченні адаптації відводиться зовнішньому середовищу організму. Адаптація людини розглядається у взаємодії з соціальним середовищем, а тому, притримуючись зазначеної парадигми, додаткового розгляду потребують поняття соціальної адаптації та соціально-психологічної адаптації.

Вивчаючи проблему соціальної адаптації, варто зауважити, що адаптація індивіда-особистості у суспільстві відбувається щодо малих груп, їхнього способу мислення і розподілу соціальних ролей, щодо трудового процесу, соціальних інститутів, здобутків цивілізації тощо [221; с. 8].

У філософському напрямі соціальна адаптація представлена у вигляді взаємозв'язку генезису буття особистості та взаєностосунків між людьми в процесі спільної діяльності. У процесі розвитку людина набуває подвійної природи, що виникає у взаємозалежності особистості та суспільства, людина набуває відповідних до суспільства, у якому вона перебуває, суспільних характеристик (Е. Дюркгейм, М. Вебер, К. Маркс). У процесі набуття двоїстості відношень людина набуває «неорганічної природи» (Г. Гегель) [271].

Побудова соціальної реальності висвітлена у наукових працях П. Бергера, А. Сікурела, в межах теорії змістовної побудови соціального світу досліджувалася в наукових працях А. Шюца [126; 241].

Проблема соціальної адаптації, відповідно до філософсько-методологічної наукової праці М. Ромма [252], представлена з позиції розуміння того, що

онтологія особистості – це онтологія не фізичного світу, а ментального світу, тобто це системна цілісність інтенцій, ціннісних орієнтацій, моделей розуміння, ставлень, оцінок та переживань. В основі ментальності людини закладені символічні структури, що визначають межі того мисленнєвого поля, в якому вона екзистенційно існує.

Інший аспект вивчення соціальної адаптації особистості пов'язаний з тим, що характер процесів пристосування визначається специфікою модернізації суспільства. Саме через це необхідний соціально-філософський аналіз особистісних та групових адаптивних стратегій для ефективного пристосування в модернізованому суспільстві [252].

У філософській теорії соціальна адаптація розглядається як підсумок процесу зміни соціальних, соціально-психологічних, морально-психологічних, економічних та демографічних відносин між людьми, пристосування до соціального середовища [186; с.25].

С. Зражевський, аналізуючи соціальну адаптацію, вказував на її пріоритетне місце в сучасному суспільстві та зазначав, що вона розкриває передусім закономірності відносин людини і суспільства, позицію особистості щодо соціуму. Соціальна адаптація – це історично зумовлена практична діяльність, основний зміст якої становить пристосування людини до умов, форм та способів суспільного життя і перетворення конкретного соціального середовища відповідно до потреб взаємодіючих сторін. Зазначений підхід виходить за межі біологічної адаптації: людина трансформує соціальне середовище, пристосовуючи його до своїх біосоціальних і специфічно соціальних потреб [96].

М. Ромм визначає соціальну адаптацію як спільність особливих системоутворюючих якостей, за допомогою яких людина вибудовує своє життя, надає йому цінності, цілісності та змісту [252]. Соціальна адаптація також потребує міждисциплінарного розгляду, здатного реалізувати врахування всієї сукупності соціокультурних, економічних, політичних, психологічних факторів та впливів на динамічні характеристики індивідуального процесу

пристосування. Важливою є проблема визначення онтологічного (тобто погодженого з реальністю та фактами) статусу соціальної адаптації особистості, що чітко виявляється в ситуації «радикальної зміни картини світу, фундаментальних теорій та способів опису реальності, коли стає можливою поява конкуруючих теорій, рівносильних відносно опису та прогнозування експериментальної емпірики».

Е. Маркарян зазначав, що людське суспільство є не лише адаптивною, але й адаптивно-адаптовувальною системою, оскільки людська діяльність має перетворювальну природу [164].

У філософсько-соціологічному напрямі інтераціоналізму Л.Філіпса, соціальна адаптація виражається двома типами відповіді на дії середовища: 1) прийняття та ефективна відповідь на соціальні очікування, з якими кожен зустрічається у відповідності зі своїм віком та статтю; 2) не лише прийняття соціальних норм, але й гнучкість та ефективність при зустрічі з новою потенційною небезпекою та здатність надавати подіям бажаного для себе напряму [396].

М. Лукашевич, І. Мигович визначали соціальну адаптацію як процес освоєння та засвоєння індивідом суспільних відносин, норм поведінки та системи цінностей, що існують у певному суспільстві завдяки матеріальним і духовним компонентам середовища [147; с.89].

Соціальні аспекти адаптації в умовах суспільства, що трансформується, висвітлювалися в роботах В. Годлевської та Н. Гречанюк [63]. Вони виявили взаємозв'язки багатовимірних соціальних та економічних процесів, визначили необхідність у сучасних умовах заходів соціальної політики, що підтримують адаптаційні зусилля людей і враховують реальну соціально-економічну диференціацію умов, у яких здійснюється процес адаптації. Справитися з подібною ситуацією можна тільки за однієї умови: якщо буде послідовно враховуватися потенціал соціального управління із формування потреб та інтересів людини, що відображають гармонізацію людського буття, реалізацію її

інтелектуального потенціалу як балансу між потребами і вимогами об'єктивної дійсності.

Відповідно до генетичної парадигми досліджень, природничо-історичний процес розвитку людства відбувається не як спадкова еволюція, а шляхом передавання соціально-збережених знань, способу життя, культури від одного покоління до іншого. Кожна людина у спілкуванні з іншими людьми засвоює культурні та духовні цінності. Відповідно можливості адаптації людини нероздільно пов'язані зі змістом її діяльності. Як соціальна істота, людина постійно потребує соціальних контактів. Соціальну адаптацію характеризують співпереживання та задоволення потреби в спілкуванні. Вона є «надбіологічною сферою» (Н. Дубінін [89]), оскільки передає з покоління в покоління людей переконання, етнічні норми та естетичні вподобання.

У педагогічній науці проблема соціальної адаптації розкрита в проблематиці підготовки особистості до самостійного життя, зокрема у наукових працях А. Макаренка, В. Сухомлинського, С. Шацького [152; 280; 352], а у сучасних науковців - Т. Алексеєнко, О. Безпалько, А. Капської [9; 23; 274] та інших.

С. Шишов і І. Агапов описали соціальну адаптацію як перший рівень взаємодії, що характеризується пристосуванням людини до нових умов змінного соціуму. Другим рівнем взаємодії є соціалізація, що характеризується ефективним освоєнням соціальних ролей і суспільних норм. Третім, найвищим, рівнем взаємодії є інтеграція в соціумі, що характеризується успішною і творчою активністю з перетворенням суспільства відповідно до загальнолюдських цінностей [366].

У корекційно-педагогічному напрямі (В. Бондар, В. Синьов) соціальна адаптація визначається як процес пристосування людини до нового для неї соціального середовища, а також як наслідки цього процесу; формування в індивіда в процесі онтогенезу соціальної поведінки, яка за змістом, що його надає суб'єкт, співвіднесена з поведінкою інших людей і спрямована на встановлення соціальних стосунків – достатньо стійких і самостійних зв'язків

між індивідами та соціальними групами [79; с.15]; як результат активного пристосування до умов соціального середовища через засвоєння й прийняття індивідом цілей, цінностей, норм і стилю поведінки, схвалених суспільством (А. Шевцов) [354; с.155]. Соціальна адаптація передбачає дотримання особою соціальних норм – історично зумовлених суспільним буттям вимог до діяльності та взаємин індивіда, соціальних груп, суспільних інститутів, що виражають суспільну потребу в організації діяльності та стосунків відповідно до об'єктивних умов. У спеціальній психології соціальна адаптація розглядається у поєднанні процесів соціалізації та соціальної реабілітації індивіда [79; с.15].

У науковій психології соціальну адаптацію особистості розглядають у багатьох напрямках:

В. Роменець, узагальнюючи наукові праці, що розкривають проблеми екстеріоризації психічного, зазначив, що вплив адаптації на морфологічні особливості людини описані у конституційних типологіях особистості Е. Кречмера, У. Шелдона, а у наукових працях О. Богомольця досліджено проблему залежності між реактивністю та конституцією тіла [251].

Залежність успіху адаптації від сили та рухливості нервової системи описано у наукових роботах Г. Айзенка, В. Русалова, Я. Стреляу [5; 255; 279]. До спеціальних особливостей соціальної адаптації відносять: активну участь свідомості, вплив трудової діяльності людини на середовище; активні зміни людиною результатів своєї соціальної адаптації у співвідношенні з соціальними умовами існування.

У психологічній проблематиці одне з провідних місць займає адаптація людини як особистості в соціальному середовищі з урахуванням вимог суспільства, власних потреб, інтересів і можливостей (Б. Ананьєв, І. Бех, Л. Божович, С. Максименко, А. Маслоу, К. Роджерс, С. Рубінштейн) [11; 26; 30; 31; 154; 155; 166; 168; 243; 253].

У диспозиційному психологічному напрямі теорії рис особистості соціальну адаптацію визначено з різних аспектів. Г. Айзенк розглядав адаптацію як стан гармонії між індивідом, природою та соціальним середовищем. З одного

боку, мають задовольнятися потреби індивіда, з іншого - вимоги середовища. Метою адаптації особистості є досягнення гармонійного стану [5].

Соціальна адаптація, з позиції соціально-когнітивного напрямку А. Бандури, – це інтеграція людини в суспільство, у процесі якої відбувається формування самосвідомості, індивідуальних цінностей, переконань та суспільних норм. Тобто соціальна адаптація – це активний процес пристосування до соціального середовища, спрямований на збереження та формування оптимального балансу між її внутрішнім станом і навколишнім середовищем з перспективою майбутнього [20; 379].

Змістом процесу соціальної адаптації і показником її успішності є засвоєння людиною норм, правил, традицій, культури, моралі, духовності свого народу та знаходження власного місця в суспільстві. При розгляді проблеми соціальної адаптації, на думку С. Розума, потрібно визначити особливості суспільства, до якого необхідно адаптуватися особистості. Відповідно соціальну адаптацію можна визначити як процес та результат встановлення відносної взаємодії, відповідності між потребами особистості та вимогами соціального середовища [245; с.20].

В. Казанська зазначила, що соціальна адаптація – це не лише пристосування до нових умов, але й здатність людини створювати їх для комфортної життєдіяльності. Соціальний розвиток людини відбувається постійно, кожен комунікативний акт людей між собою, кожне сприйняття доповнюють досвід, внаслідок чого людина змінюється. Соціальну адаптацію потрібно розглядати в аспекті духовних потреб, цінностей особистості та соціалізації як засобу засвоєння норм соціального життя [105; с. 23].

Соціальна адаптація триває впродовж усього людського життя і, відповідно, є безперервним процесом, оскільки зміни, що відбуваються в суспільстві, розвиток соціальної дійсності завжди потребують адаптації до них людини. Проте адаптація відбувається з різною інтенсивністю, оскільки зміни соціальної дійсності, що зумовлюють її, також мають мінливий характер. Періоди підвищеної інтенсивності адаптації співвідносні з поживленням

соціальної дійсності суспільства, періоди невисокої інтенсивності відбуваються у час уповільнення соціального прогресу [7; с. 85-92].

Соціальна адаптація характеризується не лише безперервністю протікання, але й нерозривно пов'язана з діяльністю особистості: трудовою, навчальною, спілкуванням та самотворчістю.

Соціальна адаптація є інтегрованим виявом взаємодії кількості чинників. На думку К. Левіна, представника соціально-психологічного напрямку, адаптація - це напружена система, в якій окремі психологічні властивості впливають на соціальну адаптацію. Зазначені психологічні властивості є різною мірою гнучкими чи ригідними і визначають конструктивність стратегій адаптації.

Тобто соціальна адаптація є інтегративним виявом взаємодії значної кількості чинників, що одночасно існують в умовах системи, яка перебуває в умовах нестійкої рівноваги.

Для подальшого визначення психологічних механізмів як внутрішніх чинників соціальної адаптації, для розуміння їх природи, компонентного складу та специфіки необхідно здійснити науковий аналіз поняття соціально-психологічна адаптація.

Соціально-психологічна адаптація, відповідно до наукової концепції А. Фурмана, – це процес і результат активного пристосування індивіда до видозміненого середовища за допомогою найрізноманітніших інтеріоризованих соціальних засобів (дії, вчинків, діяльності); компонент дієвого ставлення індивіда до світу, провідна функція якого полягає в оволодінні ним порівняно стабільними умовами і обставинами свого буття; складова осмислення і розв'язання типових репродуктивних задач і проблем завдяки соціально прийнятним чи ситуативно можливим способам поведінки особистості [309]. Науковець розкрив сутність та розробив типологію рівнів функціонування соціально-психологічної адаптації. Він зазначає, що психологічному аналізу на рівні суб'єкта відповідає та ділянка понятійного поля, яка описує адаптацію як процес, а на рівні особистості – адаптацію як результат. Коли мова йде про перебіг адаптаційних процесів, структуру та динаміку адаптаційної активності,

то слід говорити про «адаптивність, не - чи дезадаптивність» людини як суб'єкта своєї життєдіяльності, а коли має місце оформленість психічних процесів у вигляді станів і комплексів (страху депресії, нейротизму тощо), то буде правильним вживання термінів «адаптованість, не – чи дезадаптованість» особистості [309, с.16].

Аналіз проблеми соціально-психологічної адаптації особистості проводився в декількох напрямках.

Однією з основоположних є наукова концепція Ж.Піаже, який описав процес адаптації як такий, що складений з двох взаємодоповнюючих процесів – акомодатії (при адаптації відбувається модифікація організму відповідно до вимог середовища) та асиміляції (переробка компонентів середовища відповідно до вимог суб'єкта) [207; 317].

У психоаналітичній концепції (М. Кляйн, О. Феніхель, З. Фрейд та інші) визначають два види адаптації: 1) алопластичну адаптацію, що здійснюється за допомогою тих змін у зовнішньому середовищі, які людина здійснює для приведення його в адекватне співвідношення зі своїми потребами; 2) аутопластична адаптація здійснюється за рахунок змін особистості (структури, вмінь та навиків), з допомогою яких вона пристосовується до середовища. З. Фрейд у своїх працях вказував на ще один різновид адаптації – пошук індивідом такого середовища, яке було б сприятливим для функціонування організму [117; 296; 305; 306; 390; 391].

У межах аналітичного напрямку соціально-психологічна адаптація описана як результат, що виражається в гомеостатичній рівновазі особистості з вимогами зовнішнього оточення. Зміст процесу адаптації описується формулою: конфлікт – тривога – захисні механізми. Згідно із З. Фрейдом, виникнення внутрішнього конфлікту є наслідком суперечності між відповідними енергіями та різними рівнями свідомості, частина особистості відстоює прагнення, а інша чинить опір і відхиляє їх. Внутрішній конфлікт полягає у протиставленні інстинктивного наповнення підсвідомої сфери «Воно» вимогам соціального оточення. Ці зіткнення несвідомих імпульсів і свідомих намірів людини можливі завдяки

неоднорідності психіки людини [305; 306; 391].

Комплекс неповноцінності як основний конструкт дезадаптації був описаний у науковій концепції А. Адлера. Відповідно до запропонованої ним індивідуальної теорії особистості, основне прагнення людини, все, що вона робить, спрямоване на подолання комплексу неповноцінності [3, с.10-30]. А.Адлер зазначав, що надмірне почуття неповноцінності, невпевненості в собі є перешкодою для подальшого психологічного розвитку. Тобто ускладнюється рух від центрації на собі до прагнення особистісної переваги для конструктивного оволодіння середовищем [3; 4].

В епігенетичній концепції Е. Еріксона процес адаптації представлений наступною формулою: протиріччя – тривога – захисні механізми індивіда в середовищі – гармонійна рівновага чи конфлікт. Тобто конфлікт – це лише один з можливих кінцевих результатів взаємодії особистості і середовища. Іншим можливим результатом є співробітництво і гармонія індивіда та середовища [387].

Завданням стадії дорослості, наприклад, є розвиток здатності впливати на соціальне середовище через наявність досягнень у нащадків та вихованців. Якщо це не досягається, то людина зосереджується на власних потребах і задоволеннях, з'являється крах сподівань на успіх щодо дітей та нездатність впливати на соціальне середовище. В іншому випадку виникає переживання своєї некорисності, непристосованості, деперсоналізації, відчуженості та байдужості [317; 372].

Проблема соціально-психологічної адаптації, згідно з юнгівським підходом, виникає внаслідок незбалансованості або однобічного розвитку однієї з частин особистості, що призводить до внутрішнього дисбалансу, неврозу. Самість – цілісна система, що розвивається до періоду молодості, утримує ці системи разом і забезпечує особистості єдність і рівновагу, проте її гармонійний розвиток не завжди можливий. Конфлікт у внутрішньому світі людини, на думку К. Юнга, може виникнути в результаті зіткнення вимоги до пристосування і особливої, непридатної по відношенню до цієї вимоги властивості індивіда [373;

374].

Описані в психоаналітичній парадигмі конфлікти (А. Адлер, М. Кляйн, А. Фрейд, З. Фрейд, К. Юнг) виникають не лише внаслідок зіткнення суб'єктивних уявлень із зовнішніми умовами, але й із внутрішніми життєвими труднощами, причинами яких є порушення, викликані сексуальним потягом або почуттям неповноцінності [3; 117; 305; 306; 373; 380; 390].

У концепції Е.Фрома соціально-психологічна адаптація/дезадаптація розглядається відповідно до внутрішнього прагнення до незалежності та переживання незначущості. Для вирішення внутрішньоособистісного конфлікту людина застосовує захисний механізм – «втечу від свободи». Переживання нікчемності долається за рахунок відмови від власної цілісності (мазохізм) або за рахунок руйнування інших (садизм) [307; 308].

Проблема, описана Е. Фромом, притаманна майже всім членам сучасного суспільства і виражається у відокремленості від природи, недостатній значущості міжособистісних стосунків, відчуженості свого істинного «Я» [306; 307; 308].

Е. Фром описує такі життєві парадигми, як прагнення до життя і потяг до руйнування, які зазначені і в працях З. Фрейда пізнього періоду його наукових досліджень. Відповідно до наукових концепцій, чим сильніше прагнення до життя, тим слабші руйнівні тенденції. На думку Е. Фрома, руйнація – це результат непрожитого життя і відчайдушна спроба протидіяти руйнуванню навколишнього світу [306; 307; 308].

Концептуальні підходи гуманістичної психології розкривають дефіцитарну мотивацію, що призводить до порушення соціально-психологічної адаптації. Зазначені особливості виникають при неузгодженні реальності у випадку, коли фруструються фундаментальні, базальні потреби особистості. До їх числа А. Маслоу відносить фізіологічні потреби, потребу в безпеці, афіліативні потреби, потребу в повазі, визнанні, любові і потребу в самоактуалізації [166; 167; 168].

К. Роджерс проблеми адаптування пов'язував з несумісністю Я-образу

особистості з власними переживаннями, що переважно характеризуються сильною тривогою та порушують життя. [242; 243].

У концепції В. Франкла тривога, а разом із нею порушення адаптивності виникають внаслідок екзистенційної втрати смислу життя. У фрустраційній ситуації (смерть, хвороба, інвалідність тощо) людина осягає величний смисл – смисл страждання [302; 303; 306].

З позиції когнітивної психології (Дж.Келлі), адаптованість пов'язується з відсутністю переживання загрози, дезадапованість – з вираженим емоційним переживанням. Тривога виникає як відповідь на те, що внутрішні конструкти, якими ми володіємо, не можуть застосовуватися для актуальних життєвих подій, а психічний розлад - це постійне застосування непридатних та неефективних конструктів [306].

Представники діяльнісного підходу (В. Агеєв [1], О. Леонт'єв [141], А. Петровський [205], С. Рубінштейн [253] та інші) виділяють такі критерії адаптованості: вихідні параметри діяльності особистості, ступені інтеграції особистості з макро- і мікросередовищем, ступінь реалізації внутрішньоособистісного потенціалу, емоційне самопочуття, що відповідно об'єднуються в рівні адаптованості особистості: надмірний, оптимальний, низький, дезадаптивний. На думку О. Леонт'єва, реальний шлях дослідження особистості полягає у вивченні тих трансформацій суб'єкта, які створюються саморухом його в діяльності в системі суспільних відносин. Внутрішнє діє через зовнішнє і цим саме себе змінює [141].

Відповідно до діяльнісного підходу, розрізняють три рівні адаптаційних процесів-показників: а) адаптивність як справжня чи відносна гармонійність між суб'єктивними метою і кінцевими результатами, що супроводжуються позитивними ставленнями – оцінками, розумінням, прийняттям особистістю навколишнього світу і самої себе; б) неадаптивність як більшою чи меншою мірою усвідомлена невідповідність між метою і результатами діяльності, що породжує амбівалентні почуття й оцінки, але яка не справляє психотравмуючого впливу на особистість; в) дезадаптивність як певна дисгармонія між метою і

результатами, що є джерелом психічної напруги (стрес, психічний зрив, шок, паніка тощо), внутрішнього дискомфорту і нестабільного перебігу психічних процесів (страх, депресія, фрустрація тощо). Зазначені рівні адаптаційної взаємодії індивіда і середовища водночас є взаємопов'язаними рівнями функціонування соціально-психологічної адаптації, що завжди повно і конкретно виявляються як у процесуальному плані (система «адаптивність – неадаптивність – дезадаптивність»), так і в результативному (система «адаптованість – неадаптованість – дезадаптованість») [309, с.3].

Особливості розвитку Я-концепції та його взаємозв'язок з особистісною адаптивністю чи дезадаптивністю описані у роботах Р. Бернса, І. Бех, О. Бондаренко, О. Гуменюк, Е. Еріксона, К. Роджерс, А. Фурмана [24; 26; 35; 75; 243; 309; 372] та ін.

У розробленій І. Ревасевич моделі психологічної структури особистісної адаптованості зазначене поняття представлено як інтегральна психоформа життєактивності людини, що зумовлена, з одного боку, взаєминами особистості з оточенням, а з іншого – характеристиками-параметрами внутрішнього світу особистості (ставлення, оцінка, прийняття, психологічна ситуація, психічний образ, Я-концепція) [238].

Поєднання адаптивних можливостей із здібностями стало об'єктом дослідження багатьох науковців: адаптація як творчість описана В. Моляко, В. Роменцем [251]; визначальне значення здібностей у розвитку особистості в системі соціальних стосунків; здібність як спосіб адаптації до предметного та соціального середовища описана у наукових працях Ж. Піаже та інших науковців [207].

У концепції надситуативної активності В. Петровського обґрунтовано вихідну адаптивну спрямованість будь-яких психічних процесів та поведінкових актів. Автор описав такі сутнісні ознаки адаптивної спрямованості: адаптивність залежить від пристосовування індивіда до світу, або ж від підпорядковування світу інтересам індивіда, чи відстоювання себе перед світом у виявах, базис для яких вже склався, вирішився в минулому [206, с. 13-14].

Адаптованість як рівень фактичного пристосування людини, рівень її соціального статусу і самовідчуття, задоволеності або незадоволеності собою і своїм життям визначена у наукових роботах Л. Столяренко [278, с. 364].

Вплив обмежень життєдіяльності та минулого дитячого досвіду на адаптацію особистості розкриті в наукових працях Т.Єжової [358], Т. Комар [285], М. Томчука [285], А. Шевцова [358] та інших науковців.

За результатами теоретичного аналізу проблеми соціально-психологічної адаптації можна визначити адаптивність як особистісну властивість, що розвивається при взаємодії з соціальним оточенням. Адаптивну поведінку можна описати як психологічний механізм формування здібностей, знань, умінь, цінностей. Крім того, необхідно зазначити, що ускладнення адаптації можуть викликати порушення психологічного і психічного здоров'я особистості та вироблення деструктивних механізмів психічного захисту.

Варто зазначити, що дезадаптація – це процес, який призводить до порушення взаємодії із середовищем, поглиблення проблемної ситуації і супроводжується міжособистісними і внутрішньоособистісними конфліктами. Діагностичними критеріями дезадаптації є порушення у професійній діяльності й у міжособистісній сфері, а також реакції, що виходять за межі норми й очікуваних реакцій на стрес (агресія, депресія, тривожність та ін.) [309; 335; 347].

Поняття дезадаптованості розкриті у наукових працях вітчизняних та зарубіжних науковців визначається як процес порушення адаптації, що виникає у випадках, коли зміна середовища не призводить до адаптивних змін поведінки та виникає ряд деструктивних особливостей таких, як переважання негативних емоційних станів (тривоги, фрустрації, депресії), механізмів психічного захисту, невідповідних віковим особливостям розвитку, змін Я-концепції, порушення психічного та психологічного здоров'я та інших.

Виокремлюються наступні рівні дезадаптованості (А. Налчаджян): 1) стійка ситуативна дезадаптованість у випадках, коли особистість не знаходить шляхів і засобів адаптації (виникає специфічний захисний комплекс –

неправильне сприйняття дійсності і усвідомлення свого соціального статусу); 2) тимчасова дезадаптованість, що долається за допомогою адекватних адаптивних предметних, внутрішньо-психічних і соціальних дій; 3) загальна стійка дезадаптованість є станом перманентної фрустрованості, наявність якої активізує патологічні захисні механізми [186].

Відповідно до часу прояву виокремлено: тимчасову дезадаптацію, пов'язану з включенням у нову ситуацію, до якої необхідно адаптуватися, та стійку ситуативну дезадаптованість, пов'язану з неможливістю знайти прийнятні засоби адаптації у специфічних умовах при вирішенні проблем.

Причинами виникнення такої особистісної властивості є: пережитий психосоціальний стрес (розлучення, професійні проблеми, хронічні захворювання та інші); пережиті екстремальні ситуації (травматичні ситуації, у яких людина брала участь безпосередньо, була свідком зазначених подій, важкі травми і страждання інших людей); ускладнене включення в нову соціальну ситуацію або порушення сталих взаємовідносин у групі [104; 186].

Отже, соціально-психологічна дезадаптованість – це процес неможливості адаптуватися до власних потреб, вимог, які висуває соціальне середовище, а зазначені зміни середовища призводять до деструктивних особистісних змін; центральною ознакою дезадаптованості є переживання особистістю довготривалих внутрішніх і зовнішніх конфліктів, для розв'язання яких вона не може знайти необхідних психічних механізмів і форм поведінки.

Описуючи загальний адаптаційний синдром (реакцію на стрес), продовжуючи наукові положення концепції К. Бернара, Г.Сельє представив його як наслідок невідповідності потреб особистості, що обмежуються вимогами соціального середовища. Ступінь адаптованості особистості, відповідно до зазначеного наукового підходу, визначається характером її емоційного самопочуття. Науковець виділив два рівні адаптації: адаптованість (відсутність у особистості тривоги) і неадаптованість (наявні прояви стану тривоги). При тривалому перебуванні організму в екстремальних умовах настають значні зміни – фізіологічні, психологічні та соціально-психологічні, - які набувають уже

незворотного характеру. Організм вступає у смугу патологічних пошкоджень, що може призвести до смерті. В подальших дослідженнях явища загального адаптивного синдрому було встановлено, що виникає стадія «супер – гіперкомпенсації», коли вже незворотно пригнічені захисні механізми, виснажені ерготропні функції живої системи і починають домінувати трофотропні фактори, що неминуче приводять організм до колапсу, шоку й загибелі, якщо тільки не втрутяться зовнішні сили [261].

Застосування філософського та загальнонаукового рівнів методологічного аналізу сприяли встановленню міждисциплінарної парадигми феномену соціальної адаптації. Встановлено, що у більшості наукових напрямів адаптація визначається як процес пристосування до умов зовнішнього та внутрішнього середовищ. Соціальна адаптація визначається як процес пристосування людини до нового для неї соціального середовища, а також наслідки цього процесу; як результат активного пристосування до умов соціального середовища через засвоєння й прийняття індивідом цілей, цінностей, норм і стилю поведінки, схвалених суспільством. Для подальшого дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації особистості було проаналізовано зміст поняття соціально-психологічної адаптації, що визначається як процес двосторонньої взаємодії індивіда та середовища, в результаті якої відбувається пристосування індивіда до зазначеного середовища за рахунок внутрішньоособистісних змін та змін зовнішнього середовища.

1.2. Передумови соціальної адаптації осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату внаслідок дизонтогенезу

Під час кардинальних соціально-політичних змін в Україні процес адаптації особистості набуває гострого характеру. Характер процесів пристосування молодих людей залежить від специфіки модернізації всіх сторін українського суспільства. Враховуючи складну соціально-політичну ситуацію в державі, можна спрогнозувати наявність ускладнення процесів соціальної

адаптації молоді та молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату (ПФОРА), оскільки молодим людям з обмеженнями життєдіяльності необхідно пристосовуватися не лише до соціально-політично-економічних змін у державі, але й адаптуватися до соціального середовища, долаючи соціальні, особистісні бар'єри та власні фізіологічні особливості.

Соціальна адаптація молоді з обмеженнями життєдіяльності відбувається нерозривно з процесами її соціального реабілітування, оскільки соціальна реабілітація проходить наскрізною ниткою через усе її життя. На державному рівні впроваджуються нові програми соціального реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності, починаючи від програм раннього втручання, підсилення програм навчання та виховання дітей з інвалідністю (програми інклюзивного навчання) та розвиток і впровадження програм працевлаштування з відповідним соціально-психологічним супроводом.

На сучасному етапі розвитку України постало питання щодо вдосконалення системи соціального реабілітування, спеціальної освіти та інклюзивного навчання, що пов'язано з новим розумінням особистісного розвитку дітей та молоді з обмеженнями життєдіяльності, з новим ставленням суспільства до зазначеної категорії населення, необхідністю продуктивного вирішення проблем їхньої соціалізації та інтеграції у суспільство. Адже згідно з Конституцією України [123], Конвенцією про права осіб з інвалідністю [121], потенційно реальні перспективи щодо покращення процесу соціалізації та інтеграції людей з обмеженнями життєдіяльності у відкрите демократичне суспільство.

Окрім організаційних і методичних питань, проблема соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності має особливий психологічний зміст, оскільки пов'язана з поняттям “соціальна ситуація розвитку”. В даному випадку мова йде про унікальну ситуацію розвитку в умовах дизонтогенезу. Сама по собі інвалідність у контексті соціального адаптування ускладнює загальнолюдські проблеми, зокрема і процес їх вирішення. Досить важливу роль у цьому відіграє

негативне, байдуже чи просто формально відсторонене ставлення оточуючих до осіб з обмеженнями життєдіяльності.

Варто зауважити, що право на реалізацію потреб у свободі, волі, творчості та безпеці належить всім людям незалежно від раси, національності, віку, статі тощо. Тільки при умові задоволення зазначених потреб можна говорити про рівність та відсутність дискримінації. Задоволення вищих людських потреб сприяє розвитку людської культури, яка, в свою чергу, є похідною від людської свідомості. Культура повинна допомагати людині у вирішенні її екзистенційних проблем. Одним із критеріїв розвитку культури є позитивне ставлення суспільства до осіб з обмеженнями життєдіяльності, визнання рівності їхніх прав зі всіма членами суспільства, намагання встановити паритетні і продуктивні відносини [273, с. 11].

Особливості соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності не можливо розглядати без індивідуальної історії розвитку, зокрема соціалізації і особливостей розвитку дитини з обмеженнями життєдіяльності в родині та закладах освіти, зокрема в умовах інклюзивного навчання. В межах корекційної педагогіки зазначені питання були висвітлені у наукових працях С. Коноплясти, С. Миронової, В. Синьова, О. Федоренко, А. Шевцова, М. Шеремет та інших науковців [122; 173; 175; 267; 329; 359; 360; 363].

Психологічні особливості соціального розвитку особистості з обмеженнями життєдіяльності та особливості соціалізації і соціальної адаптації дітей з обмеженнями життєдіяльності висвітлені у роботах Л. Виготського, О. Романенко, Л. Руденко, Є. Синьової, Л. Фомічової, О. Хохліної, А. Шевцова, Л. Шипіциної, Д. Шульженко та інших науковців [55; 79; 249; 360; 173; 269; 301; 316; 359; 365; 369].

Розгляд дизонтогенезу особистості з обмеженнями життєдіяльності є важливою передумовою розуміння специфіки її соціальної адаптації та психологічних механізмів зазначеної адаптації.

Висхідною позицією при розгляді психологічних особливостей розвитку молоді з вродженими ПФОРА може бути не лише травма при народженні та

несприятливий перебіг пренатального розвитку, але й ускладнення соціальної взаємодії.

Для вивчення зазначених особливостей було здійснено теоретичне порівняльне дослідження особливостей розвитку особистості з вродженими та набутими ПФОРА і, відповідно, висхідних психологічних передумов, що в подальшому стане методологічним підґрунтям для розгляду механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА.

Сама поява дитини на світ є дуже важливим процесом для її подальшого особистісного становлення та розвитку. На думку С. Грофа та О. Ранка, причиною більшості хвороб і психологічних труднощів є пологова травма [70; 71; 237]. Інфекційні захворювання, нетиповий розвиток плоду та психологічна нестійкість матері значним чином впливають на протікання всіх фаз народження та на здоров'я, зокрема психічне, маляка.

Серед відомих етіологічних чинників виникнення порушення психофізичного розвитку дитини підтверджена роль антенатального ураження (внутрішньоутробні інфекції, дизнейроонтогенез, гіпоксія та ішемія), натального (пологова травма, асфіксія) та постнатального (гемолітична хвороба новонародженого та інші). Переважаючим є гіпоксичний чинник ушкодження структур головного мозку, що призводить до морфологічних змін: внутрішньочерепні нетравматичні крововиливи, мультикістозна енцефаломаліяція, перивентрикулярна лейкомаляція, парасагітальний церебральний некроз, патологія базальних гангліїв, структур задньої черепної ямки, інфаркти мозку, поренцефалія та інші [359, с.19].

З вищезазначеного можна зробити висновок, що у дітей, які зазнали несприятливих впливів у пренатальний та постнатальний періоди, процес розвитку психічних функцій, швидше за все, відбуватиметься з ускладненнями.

Л. Виготський у своїх наукових працях зазначав, що діти з психофізичними порушеннями прагнуть досягти типових новоутворень розвитку, проте в інший спосіб, і акцентував на важливості педагогічного

супроводу, який зміг би подолати психічного розвитку переформувати в переваги компенсації [55, с.368].

Відповідно до теорії Е. Еріксона, основа особистісного розвитку людини закладена в періоді(стадії), що триває від народження до півтора року. У цей період дитина має набути почуття довіри до навколишнього світу, до інших людей і самої себе. Ступінь довіри значною мірою залежить від того, чи піклуються про неї близькі [306; 372].

Д. Віннікот у своїй науковій концепції зазначає, що добрий фізичний холдинг сприяє доброму психологічному розвитку немовляти. Живе спілкування між матір'ю та немовлям підтримується особливим чином, а саме: це ритм та тепло материнського тіла, запах матері, які відчутно змінюються. Також науковець застосовує поняття «достатньо добре материнство», суть якого у тому, що мати не повинна бути ідеалізованою для подальшого адекватного сприйняття реальності [48, с.80].

Грудне вигодовування, за науковими концепціями Д. Віннікота, М. Кляйн, – це початок об'єктних відносин малюка, за яких мати сприймається фрагментованою і може бути «доброю» (такою, що задовольняє потреби малюка) та «поганою» (такою, що не відповідає на основні потреби немовляти) [48; 117]. На жаль, у ситуації ускладнень психофізичного розвитку дитини матері переживають ряд негативних емоційних станів, що значно ускладнюють процес взаємодії з дитиною, ускладнюють, а не відновлюють особливості розвитку [347].

Д. Ельконін зазначав, що в немовлячому періоді провідною діяльністю є безпосередньо-емоційне спілкування дитини з дорослим, та акцентував увагу на такому психічному новоутворенні, як комплекс поживлення [370].

За результатами дослідження наукових праць В. Каменської, М. Лисіна визначає, що розвиток емоційної сфери дитини, що відбувається при умові довготривалого спілкування та взаємодії матері з немовлям, має значення для її психічного та соціального розвитку. Негативний комплекс емоцій у першому півріччі позитивно корелює з домінуванням негативних станів у старшому віці,

що впливатиме на довільну увагу та девіацію когнітивного та емоційного розвитку [108, с.77].

У першому півріччі прискорюється процес дозрівання мозку внаслідок формування нових зв'язків між нейронами та утворенням нових синапсів на тілі нейронів – синаптогенезу в кортикальних полях. Від двох до чотирьох місяців починає прискорюватися синаптогенез у зоровій корі [108, с.77]. Упродовж першого року життя немовляти рухова система готується до засвоєння ходьби. Для цього необхідний достатній розвиток м'язів рук та ніг і сформовані поставні вертикальні рефлексі, регуляція яких можлива при дозріванні рухової системи, Немовля засвоює комплекс рухових актів, регуляція яких вимагає зрілої системи мозкового забезпечення. Центральним елементом цієї системи є моторна та премоторна зони кори, що під впливом тренуваних функцій встановлюють прямі та зворотні зв'язки з підкірковими екстрапірамідними ядрами та структурами мозочка. Розвиток руху та дозрівання рухової системи пов'язані з інтегративними функціями моторних та премоторних кортикальних зон. Саме в зазначених зонах відбувається інтеграція імпульсацій від рецепторів м'язів рук та ніг з імпульсацією від рецепторів очей та вух. Головна інтегративна функція цих кортикальних структур полягає в сенсомоторній взаємодії та координації рухів по відношенню до сенсорних стимулів. Навіть незначне послаблення зору протягом першого року життя призводить до відтермінованих несприятливих наслідків, у тому числі і нервово-психічного розвитку. Розвиток слухової системи і дозрівання проєкційних та асоціативних тім'яно-височних відділів кори має велике значення для формування мовленнєвих навиків і розвитку мислення. Слухові подразники, що оточують немовля, впливають на розвиток орієнтовно-дослідницької поведінки. Для нормативного розвитку мовлення необхідне становлення вищих психічних функцій: уваги, пам'яті, психомоторних актів та емоційних реакцій дитини, оскільки мовлення формується на основі інтеграції розвитку механізмів сприйняття, сенсомоторних реакцій, уваги, мотиваційно-потребової сфери дитини в процесі її спілкування з дорослими. Отже, мовленнєвий розвиток – це підсумок нервово-психічного та

соціального розвитку дитини на першому році життя. Формування мовлення визначається взаємодією генотипу та соціальною ситуацією розвитку [108; с.85-86].

До кінця першого року у дітей з типовим розвитком відбувається перехід від безпосереднього емоційного спілкування з дорослим (Б.Ельконін [370]) до предметно-маніпулятивної діяльності, розвиток навички прямоходіння та інтенсивний розвиток мовлення (період перехідного мовлення). У дітей з дитячим церебральним паралічем основні новоутворення зазначеного періоду відбуваються з ускладненням та запізненням, це обумовлено порушенням послідовності та темпу дозрівання рухових функцій, недорозвитком м'язового тону. Внаслідок ушкодження зорово-моторної координації у дітей з обмеженнями життєдіяльності порушуються просторові уявлення та просторове орієнтування. Недостатність взаємодії зорово-рухових, слухо-рухових, тактильно-рухових аналізаторів ускладнює розвиток психічних процесів, а в подальшому довільність зазначених процесів [247]. Зазначені особливості розвитку дітей з дитячим церебральним паралічем ускладнюють роботу другої сигнальної системи (мовлення).

Проблема особливостей розвитку дітей при пренатальній патології центральної нервової системи або порушеннях на ранніх етапах постнатального онтогенезу описана у наукових працях К.Семенової, яка підкреслювала необхідність і важливість розробки ефективних методів корекції, спрямованих на розвиток рухового акту [262].

Якість рухового акту взаємозалежна із загальним розвитком психічної сфери дитини. Вчасне надання послідовної допомоги у немовлячому віці сприятиме згладжуванню, у деяких випадках і усуненню психомовленнєвих порушень у більш старшому віці. Зазначені особливості можливі внаслідок таких мозкових особливостей, як пластичність, універсальна здатність до компенсації порушених функцій, а також того, що перші роки життя – найоптимальніший термін дозрівання основних психічних функцій [359].

Таким чином, проблема розвитку психічної сфери немовлят з порушеннями психофізичного розвитку має комплексний характер: з одного боку – необхідні сприятливі соціокультуральні умови (сприятливі для розвитку взаємодії з матір'ю), з іншого боку - корекційно-реабілітаційні впливи (спрямовані на розвиток функцій опорно-рухового акту та психічних процесів).

У наукових працях М. Нікітіної зазначається необхідність реабілітаційної терапії в перші 2 роки життя, саме в зазначений період відбувається формування рухових функцій, мовлення та перших проявів пізнавальної діяльності, які у дитини з ПФОРА відбуваються з затримкою. Для комплексного впливу науковець визначає необхідність застосування методик лікувальної фізкультури, ортопедичного режиму, спеціального приладдя та корекційно-педагогічної і психологічної роботи [187]. Комплексна психокорекційна програма повинна містити логопедичну роботу, застосування ігрової діяльності, навчання предметних дій та інше [165; 187; 363; 364].

У ранньому віці (від 1 до 3 років) зберігається важливість стосунків з матір'ю, проте й збільшується значення стосунків з батьком. У зазначеному віковому періоді активно формується Я дитини. Воно повинне звільнитися від підтримки, яку йому надавало Я матері, щоб досягти відокремлення від неї та усвідомлення себе як відокремленого. При завершенні періоду раннього дитинства у дитини повинні сформуватися автономність, самостійність, а для цього матері необхідно відпустити дитину на безпечну відстань. До несприятливих типів взаємодій матері та дитини можна віднести: а) занадто різке та швидке відокремлення, що може виникати внаслідок виходу матері на роботу, віддавання дитини до ясел у дитячому садку, народження другої дитини та інше; б) продовження постійного піклування про дитину, що нерідко проявляють тривожні матері або матері дітей з порушеннями психофізичного розвитку [319].

Р. Дарлінг, М. Селігман, Г. Фюр у своїх працях описували особливості переживання матір'ю наявності порушень психофізичного розвитку дитини. Зазначені переживання мають певну стадійність, пов'язану з динамікою батьківської кризи. На першій стадії – емоційна дезорганізація: шок та

заперечення. Друга стадія розглядається як період негативізму і неприйняття факту порушення здоров'я дитини. Третя фаза батьківського переживання характеризується виникненням амбівалентних почуттів, що породжують синдром «хронічного суму». Четверта стадія характеризується емоційною реорганізацією, адаптацією, прийняттям порушень у дитини психофізичного розвитку [260; 310; 335; 400; 405]. У разі порушення цих процесів виникають зворотні наслідки, що характеризуються як стійка соціально-психологічна дезадаптованість матерів. І відповідно, зазначені особливості є «вторинним дефектом» (Л.С.Виготський [55]) в онтогенезі розвитку дитини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, зокрема дитячим церебральним паралічем [334].

Існує певна специфіка виховання дитини з обмеженнями життєдіяльності в сім'ї (Т. Скрипник, Л. Солнцева, Л. Шипіцина). Більшість батьків внаслідок особливостей прийняття факту інвалідності у дитини застосовують до неї неадаптивне ставлення на когнітивному (інфантилізація), поведінковому (соціальна бажаність поведінки, авторитарна гіперсоціалізація), емоційному (відторгнення) та комунікативному (симбіоз) рівнях, що є вторинним порушенням, яке ускладнює вроджені особливості розвитку [232; 365; 272; 286; 287; 335].

З одного боку, наявні порушення психофізичного розвитку, зумовлені особливостями розвитку дитини з обмеженнями життєдіяльності, з іншого, несприятливі впливи соціального середовища, зокрема дезадаптованість самих матерів, що виявляється в несприятливому батьківському ставленні до дитини, створюють передумови до соціально-психологічної дезадаптації дитини.

На 2-3 роках важливої ролі набуває спілкування дитини з іншими людьми. Штучна ізоляція дитини, неприйняття, тривожна опіка ускладнюють спілкування в подальшому, і як наслідок – деформація системи взаємин особистості [312].

Відповідно до концепції Е. Еріксона, несприятливі для дитини стратегії поведінки батьків (обмеження активності дитини, нетерпимість до її

особливостей) формують такі новоутворення, як залежність та невпевненість у собі. Важливу роль відіграють ідентифікаційні механізми – дитина починає переймати форми поведінки і реакції батьків. До 3 років складається відносно стійкий образ батьків. Якщо склався образ «гарних» батьків – це допомагає почувати себе впевненіше, адаптуватися до нових або несприйнятливих ситуацій [372; 387].

На думку Г. Фігдора, батько в періоді раннього дитинства повинен бути фізично та емоційно доступний, оскільки: а) подає приклад стосунків з матір'ю, як взаємостосунків між автономними суб'єктами; б) виступає прообразом зовнішнього світу (тобто відокремлення від матері стає не відходом у нікуди, а відходом до батька); в) є менш конфліктним об'єктом, ніж мати, і стає джерелом захисту. Проте, на жаль, у сім'ях дітей з порушеннями психофізичного розвитку переважна більшість батьків займають відсторонену позицію, що несприятливо впливає на формування автономності, самостійності та почуття внутрішньої захищеності дитини [319].

У дошкільному віці для сприятливого розвитку особистості дитини важлива реакція батьків на всі прояви пізнавальної діяльності. На думку Е. Еріксона, діти, яким надано ініціативу у виборі занять, виробляють і закріплюють почуття заповзятливості, в протилежному варіанті – виникає почуття провини за власну допитливість і активність, ініціативність пригнічується, виникає низький рівень домагань, млявість, пасивність, невпевненість у собі, тривожність [372; 387].

Дитячі освітні та реабілітаційні заклади також можуть не лише сприяти розвитку дитини з порушеннями психофізичного розвитку, але й впливати на психологічне здоров'я. Варто зазначити, що в центрах соціально-психологічної реабілітації діти отримують досвід взаємодії з вихователями та іншими фахівцями, що може визначити їхню подальшу взаємодію із значимими дорослими. Також дитина набуває першого досвіду взаємодії з однолітками. У випадку конфліктних стосунків з однолітками виникає серйозний внутрішній конфлікт [347].

Важливим аспектом у вихованні дітей з обмеженнями життєдіяльності раннього та дошкільного віку в інклюзивному освітньому просторі дошкільних закладів освіти є створення позитивної емоційної атмосфери. На думку Л. Виготського, розвиток дитини з обмеженнями життєдіяльності визначається соціальними умовами, що висуваються до її розвитку, вихованням та збереженими силами психіки [55]. Також важливо розробляти індивідуальні корекційно-розвивальні програми для дітей з обмеженнями життєдіяльності із застосуванням передового науково-практичного досвіду вітчизняних та зарубіжних науковців [145;163].

Успішність освітнього інтегрування залежить не лише від особливостей порушень дитячого розвитку, ефективності навчальних технологій та програм, але й значною мірою від ставлення дітей з типовим розвитком та педагогів. Саме описані особливості є важливим соціально-психологічним фактором інтеграції [359].

Позитивне особистісне ставлення однолітків з типовим розвитком може бути вирішальним компонентом успіху дитини з обмеженнями життєдіяльності в закладах освіти, тому педагогам і батькам потрібно забезпечувати взаємодію та залучення до спільної діяльності усіх дітей як з обмеженнями життєдіяльності, так і без них.

Також педагогам і батькам необхідно уважно оцінювати стан дитини з порушеннями опорно-рухового апарату, оскільки рухові, а надалі мовленнєві порушення можуть маскувати потенційні можливості дитини. З огляду на те, що дітям з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, зокрема з дитячим церебральним паралічем, притаманні порушення активного сприймання, то важливо забезпечити процес сенсорного виховання та якісно забезпечити розвиток усіх сенсорних систем (зорової, слухової, дотиково-кінестетичної та інших).

У молодшому шкільному віці стосунки дитини з батьками визначаються шкільним навчанням. Якщо батьки розуміють процес змін у дитині, то статус дитини у сім'ї підвищується і вона взаємодіє в нових взаємостосунках.

Із впровадженням інклюзивної освіти в Україні виникає ціла низка завдань, зокрема освітній процес ґрунтується на принципах індивідуалізації та диференціації навчання та виховання, що передбачає знання та врахування педагогом індивідуальних психофізичних можливостей кожної дитини. Сам факт залучення дитини з порушеннями психофізичного розвитку в інклюзивний клас є важливим прогресивним етапом для її розвитку, проте не запорукою успішного навчання та соціалізації [359, с.19].

Спільне навчання дітей з обмеженнями життєдіяльності та типовим розвитком буде результативним, відповідно до наукових робіт В. Бондара, О. Чеботарьової, якщо будуть розроблені механізми реалізації особистісно-орієнтованого підходу до вибору доступного змісту, методів і форм навчання, що в сукупності будуть забезпечувати вплив на активізацію та формування компенсаторних процесів психіки дітей [34; 232].

Важливим у зазначеному процесі є те, щоб супроводжував дитину асистент учителя, а не мати чи батько дитини. У батьків може відбуватися актуалізація власних страхів, що буде перешкоджати соціальній адаптації дитини. Нестерпною ситуацією для дитини є вимогливість батьків, що не відповідає можливостям дитини. Внаслідок чого можуть виникати порушення психічного здоров'я дитини, що і так ускладнене особливостями психофізичного розвитку.

Найбільш суттєвим чинником ризику порушення психологічного здоров'я може стати шкільна система оцінювання діяльності та порівняння своєї діяльності з діяльністю інших, що істотно буде впливати на самооцінку. Саме в цей період з'являється ризик виникнення підвищеної агресивності, невпевненості в собі, апатії, відходу у хвороби та фантазії.

Важливою передумовою успішної соціально-психологічної адаптації дитини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, зокрема з ДЦП, є поступальна корекційно спрямована педагогічна допомога, дотримання принципів індивідуалізації та диференціації навчання і виховання, що передбачає врахування педагогами психофізичних можливостей кожної дитини, добір доступного змісту навчання, вибору темпу навчальної діяльності,

використання спеціальних методів, адекватних освітніх технологій [173; 232; 359].

Також у навчальному процесі важливо враховувати особливості різних форм порушень функцій опорно-рухового апарату. Наприклад, для ефективного процесу навчання дітей з гіперкінетичною формою церебрального паралічу, для яких характерні підвищена збудливість, імпульсивність, наявність гіперкінезів, дратівливість, необхідно створювати спокійну, доброзичливу атмосферу, заспокоювати дитину та робити перерви у поданні навчального матеріалу. Дітям із спастичною диплегією, яким притаманна спастичність, пасивність, малоактивність, у процесі навчання необхідна стимуляція активної діяльності.

При геміпарезних формах церебрального паралічу у дітей, які переважно навчаються за індивідуальною формою навчання, можливі афективні прояви, агресія, психомоторна розгальмованість [106; 359].

В останні роки в Україні для врівноваження емоційних переживань дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату застосовуються психотерапевтичні методи (С.Миронова): музикотерапія, арт-терапія, казкотерапія, дельфінотерапія, снузелен-терапія та інші для зняття напруги та відреагування конфліктних ситуацій [175; 176].

При здійсненні освітнього процесу важливо дотримуватися таких корекційно-реабілітаційних умов: комплексно враховувати соматичні, психофізіологічні показники розвитку кожного учня, розробляти індивідуальні корекційні програми, захищати учнів від фізичного та розумового перевантаження, включати у реабілітаційний та освітній процес продуктивні ідеї педагогіки, ерготерапії, арт-терапії та застосовувати інформаційно-комунікаційні технології [53; 82; 124; 359].

Важливо в навчально-виховному процесі дітей з ДЦП враховувати не лише наявність порушень рухових, сенсорних функцій, зорово-моторної координації, просторового аналізу і синтезу, предметно-практичної діяльності та в цілому порушення вищих психічних функцій, але й порушення розвитку особистості. Негативний вплив на розвиток особистості дитини з обмеженнями

життєдіяльності має реакція дитини на усвідомлення фізичних порушень та такі чинники, як рання соціальна депривація, тобто ізоляція від однолітків та неправильне виховання і своєрідне ставлення оточення до дитини, що зумовлює незрілість емоційно-вольової сфери, егоцентризм, підвищену навіюваність. Порушення формування особистості проявляються у відсутності упевненості в собі та самостійності, навіюваності та соціальній боязкості, сором'язливості та невмінні відстоювати свої інтереси. Також важливим чинником порушення особистісного розвитку та соціально-психологічної адаптації є часті госпіталізації дитини з ПФОРА, що призводить до такого явища, як госпіталізм, що супроводжується психічною та соціальною депривацією [359].

У підлітковому віці більшість дітей з порушеннями психофізичного розвитку перебуває на індивідуальному навчанні, негативним наслідком якого є відсутність спілкування з однолітками. Тобто, якщо дитина не відвідує ні закладів загальної середньої освіти, ні центрів соціально-психологічної реабілітації, то не задовольняється потреба в спілкуванні з однолітками, в тому числі й протилежної статі.

Підлітки з ПФОРА, які навчаються в закладах загальної середньої освіти, у процесі інклюзивного навчання переживають труднощі, пов'язані із взаємодією з однолітками, оскільки рухові та мовленнєві порушення можуть ускладнювати зазначену взаємодію. Важливим аспектом в інтеграції підлітків з обмеженнями життєдіяльності є включення їх до шкільного середовища, важливо, щоб однокласники з типовим розвитком взаємодіяли з ними на рівних.

На думку багатьох дослідників підліткового віку, в зазначеному періоді людина знаходиться між дитинством і дорослістю, належачи до обох стадій одночасно. П. Блос у своїй теоретичній моделі розкриває теорію «подвійного інстинкту», в якій стверджує, що в підлітковому віці однаковою мірою зростають агресивні та лібідозні (сексуальні) прагнення. Агресія може проявлятися в невгамовній і примітивній формі, що є результатом звільнення інстинктів під супроводом фактору підліткової регресії [28].

У дослідженнях підліткового розвитку та фізіології враховуються статеві відмінності. Найважливіше завдання зазначеного періоду - формування жіночої та чоловічої ідентифікації.

У підлітків з обмеженнями життєдіяльності спостерігається затримка психічного розвитку, що пов'язана з особливостями дизонтогенезу, наявністю наслідку явищ депривації та госпіталізму (оскільки значну частину часу вони проводять у лікувальних закладах). Особливої уваги заслуговує статеві ідентифікація, певною мірою вона залежить від визнання батьками дорослішання дитини та формування жіночості або ж чоловічих рис.

Враховуючи, що особливості порушень функцій опорно-рухового апарату, зокрема при ДЦП, полягають у тому, що розвиток, а відповідно, й ускладнення розвитку рухового аналізатора впливають на формування різноманітних сенсорних функцій, оскільки у підлітків з ДЦП є не лише порушення рухових функцій, але й системних зв'язків між аналізаторами, тобто порушується вся структура чуттєвого пізнання, що ускладнює процес навчання підлітків і вимагає системних корекційно-розвивальних заходів [248].

Завершальним періодом переходу до дорослості є юність. Саме в цьому періоді приймається ряд важливих рішень, що стосуються вибору професії та створення сім'ї, загального стилю життя та побудови конкретних завдань на майбутнє.

Е. Еріксон вважає, що головним завданням цього періоду є формування інтимності, яка фокусується не лише на сексуальній інтимності, але й виявляється в дружбі, еротичних зв'язках та спільних прагненнях. Іншим, паралельним, почуттям є ізоляція, яка може супроводжувати людину впродовж усього життєвого шляху, хоча зовні людина може багато чого досягти та справляти враження щасливої. На думку Е. Еріксона, невід'ємною частиною інтимності є дистанційність (готовність людини відкидати, ізолювати, і, якщо необхідно, руйнувати ті сили і тих людей, сутність яких здається їй небезпечною) [372; 387].

Б. Лівехуд вважає, що, на відміну від підлітка, юнак не лише включає у свою свідомість доросле життя, але й реально бере в ньому участь та обирає свій винятковий шлях. Якщо ж людина не розмірковувала над головними запитаннями і не шукала на них відповідей у юності, то існує ризик навіки залишитися в підлітковому періоді і мати неадекватну самооцінку.

При розгляді соціальної адаптації студентської молоді варто зауважити, що складності переживає кожний першокурсник. Зазначені складності виникають внаслідок нових форм навчання, недостатньої мотивації навчання та невміння організувати навчальну діяльність. У юнаків з обмеженнями життєдіяльності додаткові ускладнення соціальної адаптації виникають внаслідок зміни форм та методів навчання, а тому важливим є врахування індивідуальних особливостей студентів та застосування відповідних технічних засобів навчання.

Проблема психологічних особливостей студентів з обмеженнями життєдіяльності розкривається у наукових працях Т. Єжової, Т. Комар, М.Томчука, Ю. Швалба, А. Шевцова [285; 353; 358]. Відповідно до думки зазначених авторів, студентам з обмеженнями життєдіяльності притаманні такі психологічні особливості, як невпевненість у собі, складність саморозкриття, підвищена тривожність, іноді завищена самооцінка власних можливостей, відсутність або недостатня сформованість комунікативних умінь, сором'язливість та небажання привертати до себе увагу. Також важливо звернути увагу на складність входження до нового колективу та у деяких випадках – конфліктність, очікування поблажливого ставлення до себе, інтровертований стиль поведінки (підґрунтям якого є страх бути неприйнятним), егоцентризм (як явище затримки розвитку особистісної та когнітивної сфер, за Ж.Піаже), пасивність та надчутливість до думок оточуючих [336]. Соціальне адаптування значно ускладнюється при нерозвинутих навиках самообслуговування та самостійності в цілому.

Варто зауважити, що не у всіх студентів з ПФОРА спостерігаються зазначені особливості, є молоді люди, які відрізняються самостійністю та соціальною активністю і в цілому включенням у соціальне студентське життя.

Допомогти студентам з порушеннями функцій адаптуватися до нових умов можуть як викладачі, спеціалісти психологічної служби закладу, так і студенти з типовим розвитком, які з ними навчаються. Важливо зазначити необхідність розробки індивідуальних навчально-реабілітаційних програм (О.Глоба [61; 128]; Т. Єжова, А. Шевцов [358]).

Початковим періодом зрілості, періодом під час проходження якого відбувається завершення навчання у закладах вищої освіти, залучення до трудової діяльності, шлюбу, народження дітей, є молодість.

Саме у період молодості людина досягає піку у своїх фізичних можливостях, активно збагачується її психологічний і соціальний досвід, вона залучається до всіх видів соціальної активності, оволодіває багатьма соціальними ролями. Молода людина виходить із батьківської родини, обирає супутника життя, приймає рішення про шлюб і створення сім'ї, народження дітей і їх виховання. Також відбувається професійне становлення: професійне навчання, пошук місця роботи, професійна адаптація, досягнення професійного успіху та побудова кар'єри [133; 159; 190; 256].

Пошук власного місця та утвердження у світі дорослих як головне завдання особистісного розвитку в зазначеному періоді сприймається молодими людьми, зазвичай, дуже гостро і характеризується як кризове. Проте втеча від кризи в цьому періоді лише затримує розвиток людини. Молоді люди, які з гідністю приймають кризу в переломний момент свого життя, зазвичай, стають сильнішими та здатні керувати своєю долею (Г. Крайг [133]). Важливо зазначити, що у молоді з обмеженнями життєдіяльності до завдань зазначеного періоду додаються неров'язані конфлікти попередніх періодів, які ускладнюються особливостями розвитку та соціальної взаємодії.

Враховуючи особливості розвитку особистості з вродженими ПФОРА, можна припустити, що в молодому віці соціальна адаптація буде ускладненою.

Уповільнене та нетипове формування психічних функцій, що впливає на розвиток особистісної дезадаптованості, ускладнює взаємодію з соціальним оточенням, яке, в свою чергу, також має складності у сприйнятті осіб з інвалідністю, внаслідок неготовності до взаємодії з молоддю з обмеженнями життєдіяльності через власні страхи перед інвалідністю та недостатньою особистісною готовністю до рівноправного сприймання всіх членів суспільства [345].

З одного боку, в молодій людині з обмеженнями життєдіяльності внаслідок несприятливої внутрішньосімейної ситуації може утворюватися соціально-психологічна дезадаптованість як особистісна властивість, їм притаманні неадаптивні стратегії поведінки, переживання негативних емоційних станів, складності в міжособистісних стосунках та проблеми професійної адаптації (М. Томчук, Ю. Швалб, А. Шевцов та інші). З іншого боку, не завжди соціальне оточення сприяє соціальній адаптації молодій людині з обмеженнями життєдіяльності [285; 336; 353; 358].

Важливо зауважити, що переважна більшість молоді з ПФОРА навчалася у спеціальних закладах загальної середньої освіти, переважно інтернатного типу. Незначна частина молоді з обмеженнями життєдіяльності навчалася за індивідуальною формою навчання у закладах загальної середньої освіти або брала участь у так званій «стихійній інклюзії», коли діти з порушеннями психофізичного розвитку відвідували заклади загальної середньої освіти (до 2007 року) без спеціально розробленої програми та без спеціального супроводу асистентів учителя та асистентів дитини. У випадках перебування у спеціальних закладах загальної середньої освіти інтернатного типу або ж тривалого перебування у лікувальних закладах (без батьківського супроводу) соціальне адаптування ускладнювалося виникненням такого явища, як госпіталізм, що нищівним чином впливало на розвиток основних сфер особистості, внаслідок депривації основних психічних функцій. Відлучення дитини від родини було тим самим «вторинним дефектом», який описував Л.С.Виготський [55]. Компетентність педагогів та спеціальний підхід до процесу навчання не могли

компенсувати депривацію та розлади прихильності, що виникають у зазначених установах інтернатного типу, в яких діти тривалий час не взаємодіяли з родиною. Дослідники дитячої психології Дж. Боулбі, А. Фрейд, Р. Шпіц у своїх наукових працях описали вплив розладів прихильності на психофізичний розвиток дитини і прийшли до висновку, що у випадку явища госпіталізму порушується розвиток дитини в цілому, а в окремих випадках, коли дитина позбавлена батьківського піклування в немовлячому періоді життя, – це може привести до порушення основних інстинктів, зокрема можлива відмова від їжі [38; 39; 281; 304; 404]. В подальшому зазначені особливості ускладнювали соціальну адаптацію та негативно впливали на індивідуальний розвиток людини.

У вітчизняних наукових дослідженнях В. Засенка [95], Є. Синьової [268], А. Шевцова [354] описані психолого-педагогічні особливості надання допомоги молоді з обмеженнями життєдіяльності. Особливої уваги заслуговує дослідження феноменів залишкових явищ дизонтогенії на фоні психологічних особливостей періоду молодості. На думку А.Шевцова, ефекти гетерохронності та гетерогенності розвитку різних якостей зрілої особистості потребують вивчення їх наслідків на процеси компенсації вікових вторинних дефектів залежно від нозологічної диференціації [354]. О.Глоба зазначає, що процеси психофізичного розвитку та соціалізація молоді з обмеженнями життєдіяльності, зокрема з ПФОРА, суттєво пошкоджені, що потребує спеціальних корекційно-реабілітаційних заходів та удосконалення законодавчо-нормативної бази країни [61].

Досліджуючи проблему соціальної адаптації молоді з вродженими ПФОРА, варто зазначити, що раннє органічне порушення функцій центральної нервової системи, що складає основу ДЦП та інших вроджених порушень опорно-рухового апарату, визначає складне поєднання рухових та психічних порушень розвитку, що створює специфічну структуру психічного дизонтогенезу.

У структурі рухових та психічних порушень спостерігається взаємозв'язок симптомокомплексів, обумовлених затримкою дозрівання тих чи інших

психомоторних функцій, в першу чергу, найбільш пізнього формування в типовому онтогенезі. Структура порушення рухових та мовленнєвих функцій характеризується нерівномірністю з наявністю вторинної як адекватної, так і патологічної компенсації, що призводять до формування стійких видозмінених поз та положень кінцівок, що призводять до порушень постави та патологічних мовленнєво-рухових стереотипів.

Тобто у молодих людей з вродженими порушеннями опорно-рухового апарату має місце не лише уповільнений, але й нерівномірний темп психічного розвитку з диспропорційністю у формуванні окремих психічних функцій. Зазначене вказує на своєрідну дизонтогенію психічного розвитку церебрально-органічного генезу, що об'єднує такі основні варіанти: локальний дизонтогенез певних вищих психічних функцій (мовлення, просторових уявлень, різних видів гнозиса, праксиса, уваги, пам'яті та інші); порушення розумової працездатності; порушення довільної регуляції психічної діяльності; специфічну затримку психічного розвитку [276; 347; 359].

Молоді люди з вродженим дизонтогенезом, зокрема з дитячим церебральним паралічем, мають, здебільшого, порушення не лише рухових, але й інтелектуальних, мовленнєвих, перцептивних та комунікативних функцій.

Порушення інтелектуальних функцій характеризується, відповідно до наукових положень В. Бочелюк, В. Лебединського, В. Лубовського, нерівномірно зниженим запасом відомостей та уявлень про навколишній світ, що обумовлено: вимушеною ізоляцією, обмеженням контактів у дитинстві з однолітками й дорослими людьми у зв'язку з відсутністю або труднощами пересування; утрудненням пізнання навколишнього світу в процесі предметно-практичної діяльності, пов'язане з проявом рухових розладів; порушеннями сенсорних функцій. Порушення інтелектуальних функцій у молоді з ДЦП має мозаїчний характер розвитку психіки, пов'язаний з органічним ураженням мозку на ранніх етапах його розвитку. Несформованість вищих коркових функцій є важливою ланкою порушень пізнавальної діяльності при ДЦП. Важливо зазначити виразність психоорганічних проявів сповільненості,

виснаженості психічних процесів, труднощі переключення на інші види діяльності, недостатність концентрації уваги, зниження обсягу механічної пам'яті. Низька розумова працездатність частково пов'язана із церебрастенічним синдромом, що характеризується швидко наростаючим стомленням при виконанні інтелектуальних завдань [40; 137; 276].

Важливим є питання наявності розладів розвитку емоційно-афективної та мотиваційно-вольової сфер молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Причинами зазначених розладів (С. Дуванова, І. Мамайчук, Н. Трофімова, Т. Пушкіна) можуть бути наявність фізичного порушення, а також фактори соціального впливу, такі як гіперопіка або депривація у вихованні в дитячому віці молодшої людини [162; 290].

Важливе місце посідають труднощі у сфері міжособистісних стосунків молоді з обмеженнями життєдіяльності, які, як відомо, є важливим підґрунтям соціальної адаптації. Зазначені складності походять ще з дитячого віку і причинами можуть бути супутні з ДЦП та іншими ПФОРА порушення мовлення, що можуть спотворювати інформаційні повідомлення дитини. В багатьох випадках невдалі спроби комунікації можуть призводити до соціальної ізоляції та орієнтації міжособистісної взаємодії на вузьке коло осіб, переважно батьків, педагогів у центрах соціально-психологічної реабілітації та інших.

Як зазначають Ю. Швалб та Л. Тищенко, важливими аспектами успішної соціалізації є специфіка сприйняття та ступінь толерантності оточуючих у відношенні до молоді з обмеженнями життєдіяльності. Психосоціальні аспекти розвитку та становлення молодих людей з обмеженнями життєдіяльності необхідно розглядати в контексті культурних значень, що приписуються стану інвалідності всією екологічною системою соціального оточення [353, С.62-63].

У соціально-психологічному розвитку людини з обмеженнями життєдіяльності можна спостерігати два типи проблем, а відповідно і два види її адаптації. Перший тип – це певні фізичні, фізіологічні чи навіть деякі психічні розлади; другий – вторинні явища, що полягають у специфічних особистісних утвореннях, пов'язаних з такими почуттями особи з обмеженнями

життєдіяльності, як власна неповноцінність, малозначущість, відчуженість тощо [355].

Для подолання особистісної дезадаптованості та інших чинників, що перешкоджають соціальній адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності, необхідно розробити відповідну систему реабілітування. Зазвичай, молоді люди з вродженими ПФОРА з самого дитинства (народження) залучені до системи комплексного соціального реабілітування.

У наукових працях О. Хохліної типи реабілітування визначаються видами або рівнями компенсаторних процесів в особі, на яку спрямована система реабілітаційних заходів. Науковець виділяє: біологічний, психологічний, соціально-психологічний та соціальний заходи [316].

У своїх наукових дослідженнях А. Шевцов зазначає, що реабілітаційна діяльність одночасно генерує мету, наприклад, подолання обмежень життєдіяльності; реабілітаційні конструкти – комплексну соціальну реабілітацію (інтеграцію, адаптацію) та продукт – феномен набуття людиною властивостей реабілітованості [354; с.109].

У соціально-психолого-педагогічному аспекті зміни в об'єкті-суб'єкті реабілітування означають корекцію, відновлення та розвиток певних соціально-психологічних, когнітивних, емоційно-вольових властивостей, що сприяють соціальному інтегруванню та адаптуванню людини [354; с.110].

А. Шевцов розробив та описав п'ятифакторну модель комплексного реабілітування, що включає такі фактори, моди впливу: соціальний фактор (група чинників впливу на людину як на суб'єкт соціальних відносин); педагогічний фактор (група чинників впливу на людину як на суб'єкт діяльності), медичний фактор (група чинників впливу на здоров'я людини), реабілітаційний фактор (група чинників впливу на фізичний, психологічний, функціональний та фізіологічний стани людини, що враховують одночасно медичний, соціальний та особистісний аспекти), психологічний фактор (група чинників впливу на особистісну сферу людини), техніко-середовищний фактор (група інженерно-технічних та архітектурно-середовищних аспектів

компенсації обмежень життєдіяльності людини та впливу на сферу взаємодії людини із навколишнім середовищем) [354; с.110-111].

16 грудня 2009 року Верховною Радою України була ратифікована Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю [121]. У Конвенції зроблено чіткий наголос на тому, що інвалідність повинна розглядатися, як результат взаємодії між особою та її оточенням. Інвалідність виникає у результаті великої кількості бар'єрів, що їх зводить суспільство стосовно людей з інвалідністю, наприклад, таких як стигма та дискримінація; недостатня доступність послуг з охорони здоров'я та реабілітаційних послуг чи проблем доступності транспорту, приміщень, інформації.

Для людей з інвалідністю мають бути доступні можливості працевлаштування, щоб вони не жили в бідності або на благодійні пожертви. Послуги сфери охорони здоров'я мають бути розроблені у такий спосіб, щоб задовольнити потреби людей з інвалідністю. Всі послуги мають бути доступні для людей з інвалідністю (Е. Краг, фахівець ВООЗ з питань інвалідності) [103].

Основні проблеми соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності виражаються у компенсації порушених здібностей до різних видів діяльності; у пересуванні; у спілкуванні; у вільному доступі до об'єктів соціально-побутової, культурної та ін. сфер; у можливості отримувати знання; у працевлаштуванні; у комфортних побутових умовах; у матеріальній підтримці.

Важливим аспектом соціальної адаптації молоді з ПФОРА є її культурна самоактуалізація та активна робота над власним самовдосконаленням. Навіть при наявності оптимальних соціальних умов, важливе місце в процесі соціальної адаптації належить власній активності молоді. Молодь повинна не лише засвоювати певні знання, уміння, навички, але і брати відповідну участь у житті суспільства.

У наш час інвалідність стає проблемою не тільки однієї людини чи проблемою групи людей, а й суспільства в цілому. Внаслідок того, що кількість осіб з обмеженнями життєдіяльності постійно зростає, сьогодні гостро постала проблема соціальної адаптації, соціально-психологічної реабілітації та

інтеграції людей з обмеженнями життєдіяльності у суспільство. Це стосується й молодих людей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Молоді люди з вродженими ПФОРА мають своєрідну специфіку соціальної адаптації. Соціальне адаптування відбувається в певній ізоляції від соціального середовища, і коли у дітей з типовим розвитком перші прояви соціальної поведінки проявляються ще на ранніх етапах розвитку, то діти з обмеженнями життєдіяльності перебувають тривалий час у тісній взаємодії з членами своєї родини. Впроваджені на державному рівні заходи інклюзивного навчання сприяють соціальній адаптації дітей з обмеженнями життєдіяльності. Ускладнюється адаптація дітей, які перебувають у закладах інтернатного типу, оскільки їх соціальна адаптація ускладнена травмою сенсорної депривації (виникає внаслідок відсутності батьків), відсутність першого соціального інституту – сім'ї - значно ускладнює подальший розвиток.

Проблема соціальної адаптації молоді з вродженими ПФОРА постає достатньо гостро, оскільки сучасні реалії життя постійно вимагають вирішення складних соціальних завдань. Несприятливі умови соціального адаптування, негативний досвід входження до різних колективів (учнівських, трудових та інших) ускладнюють можливість повноцінної соціальної взаємодії. Більшість молоді з обмеженнями життєдіяльності підтримує соціальну взаємодію виключно в межах власних родин та центрів соціально-психологічної реабілітації, з одного боку, це дає їм можливість відчувати прийняття, підтримку, але, з іншого боку, є ризик відокремлення від соціального середовища в цілому. Прогресивні центри соціально-психологічної реабілітації активно впроваджують методи соціальної інтеграції і піклуються про активну участь клієнтів центрів у соціальному житті громади. Важливим аспектом комплексного соціального реабілітування є соціальний супровід молоді з обмеженнями життєдіяльності на робочому місці, в закладах освіти та інших важливих соціальних інституціях, допомога подолання бар'єрів взаємодії з оточуючими, допомога в засвоєнні необхідних соціальних ролей та інші види супроводу допоможуть успішно

адаптуватися в соціальному середовищі та отримувати насолоду від соціальної взаємодії та професійної діяльності.

Соціальна адаптація молодих людей з ПФОРА передбачає наявність у них активних зусиль, спрямованих на досягнення гармонії з навколишнім середовищем, власного розвитку, професійного та особистісного становлення і міжособистісної взаємодії впродовж усього життя.

Таким чином, соціалізація молоді з обмеженнями життєдіяльності характеризується уповільненими темпами та нерівномірністю порівняно з молоддю з типовим розвитком. Складність соціального адаптування молоді з ПФОРА виникає внаслідок несприятливої сімейної ситуації, недостатнього рівня інтегрування у соціальне середовище та особистісними особливостями, що ускладнюють зазначений процес. Проблеми соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності зумовлені ще й тим, що соціальне середовище не завжди може адекватно реагувати на запити сучасної молоді з ПФОРА, а саме: недостатня кількість робочих місць, зазначені робочі місця не завжди відповідно обладнані, бракує послуг соціально-психологічного супроводу; проблеми безбар'єрного доступу та цілий ряд соціальних стереотипів, що ускладнюють соціальне адаптування. Комплексне соціальне реабілітування, що проходить через все життя молоді з обмеженнями життєдіяльності, є необхідною передумовою їхньої успішної соціальної адаптації.

1.3. Чинники соціальної адаптації молоді з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Проблема соціальної адаптації молоді з набутими ПФОРА полягає в тому, що її потрібно розглядати в двох напрямках: перший – як проходило соціальне адаптування молодої людини в період до набуття травми з подальшим набуттям ПФОРА; другий – як відбувалося соціальне адаптування після травми [337].

Варто зазначити, що молодість (рання дорослість) є найменш вивченим періодом онтогенезу. Зазначений період настає після юності і кризи входження

у дорослість, характеризується стабільністю в психофізіологічному, психологічному та соціальному аспектах розвитку та реалізацією особистісного потенціалу. На думку М. Савчина, для зазначеного періоду характерний найвищий рівень розвитку духовних, інтелектуальних, творчих і фізичних здібностей людини. На цьому етапі виникають специфічні особливості Я-концепції, спонукальної та емоційної сфер особистості, змінюється спосіб життєдіяльності (створення сім'ї, сімейні стосунки, батьківські функції, кар'єра, творчі досягнення тощо)[256].

Різноманітність термінології, а також етапів дорослості спричинює проблеми визначення періодизації молодості. Варто зазначити, що вікові межі періодизацій мають умовний характер, оскільки зазначені межі визначаються не хронологічним віком, а соціальними та економічними чинниками, історичними подіями, чинниками навколишнього середовища, специфічними особливостями індивідуального розвитку, суб'єктивними уявленнями про себе і свій вік [101; 223].

Б. Ананьєв, проаналізувавши теретичні положення світових науковців, виокремив основні напрями в дослідженні вікових меж зазначеного періоду: Дж. Біррен виділяв ранню зрілість (дорослість) у віковому періоді від 17 до 25 років, а зрілість (дорослість) від 25 до 50 років; Д. Бромлей виокремлює ранню дорослість у періоді від 21 до 25 років та середню дорослість від 25 до 40 років. Рання зрілість, на думку науковця, це період оволодіння роллю дорослої людини, правова зрілість, економічна відповідальність, загальна соціальна активність. Середня зрілість - період оптимізації інтелектуальних досягнень, консолідації соціальних та професійних ролей, накопичування матеріальних засобів та соціальних зв'язків. Відповідно до наукової концепції Б.Ананьєва, молодість має вікові межі від 25 до 34 років та характеризується вищими за попередній період розвитку показниками інтелектуальних функцій[10; 11; 12].

М. Савчин зазначає, що перша фаза ранньої дорослості триває приблизно з 20 до 30 років життя і збігається з молодістю людини [256].

У віковій періодизації Г.Крайга, молодість (ранній дорослий вік) триває від 20 до 40 років [133]; А.Реана – 19-40 років [237], В.Квіна – 18-40 років. Особливості психосоціального розвитку, на думку Г.Крайга, в періоді молодості (ранньої дорослості) виражені у поєднанні понять близькості та генеративності до трьох аспектів розвитку дорослої людини – її Я, сім'ї та праці [133].

Важливо зазначити, що при аналізі періодизацій за часом їх виникнення спостерігається тенденція до більш пізнього завершення періоду молодості (40 років) [50]. Згідно з міжнародною віковою періодизацією, рання дорослість охоплює часовий період від 20 до 40 років. Саме цей період і був досліджений нами в дисертаційній роботі.

Для визначення віку людини також застосовують поняття: біологічний, психологічний та соціальний вік. Біологічний вік вказує на відповідність стану організму та його функціональних систем певному моменту життя людини. Межі біологічного віку не чітко окреслені, оскільки існують відмінності тривалості життя та стану здоров'я людей. Психологічний вік вказує на рівень адаптованості людини до вимог навколишнього середовища, характеризує розвиток інтелекту, здатність до навчання, моторні навички, а також такі суб'єктивні фактори, як ідентичність, життєвий план, переживання, мотиви, смисли, установки. Соціальний вік визначається відповідністю становища людини нормам, які існують у соціумі [133]. Тобто при розгляді особливостей соціальної адаптації молоді з набутими порушеннями ФОРА важливо зважати на всі характеристики періоду молодості та прослідкувати, чи не відбулося регресу, зокрема у соціальних характеристиках, у попередні вікові періоди розвитку або ж, чи не втрачає людина з набуттям травми відповідних її віковому періоду можливостей.

У розгляді проблеми соціальної адаптації молоді з набутими ПФОРА варто надавати вагомого значення травмі, яку отримала людина, та наявності належних реабілітаційних заходів щодо її відновлення. Травма молоді з набутими ПФОРА має поліфункціональний характер, оскільки відбувається поєднання фізичної травми з психологічною та ментальною травмами [239; с.66-69]. Фізична травма

супроводжується фізичним болем і втратою функцій опорно-рухового апарату (ОРА). Психологічна травма супроводжується психічним болем та розпадом звичного перебігу життя. Ментальна травма проривається через пласти психічного апарату і спричинює потужні регресивні та захисні реакції. Сукупність переживань, спричинених травматизацією особистості, перешкоджають процесу соціальної адаптації та особистісному адаптуванню молоді. Варто зауважити, що в гострій фазі переживання втрати навряд чи варто розглядати соціальну адаптацію як першочергове завдання, важливо здійснити комплекс заходів щодо збереження фізичного та психічного здоров'я та забезпечити відповідний медичний і психологічний супровід. Проте у процесі відновлення, а саме при поверненні молоді людини до умов звичного життя, проблема саме соціальної адаптації виникає, як наріжний камінь загального адаптування особистості.

Ненадання вчасної психологічної та психотерапевтичної підтримки при наявності складного переживання втрати функцій ОРА призводить до тривалого переживання скланих емоційних станів. Оскільки переважна більшість молодих людей з набутими ПФОРА набула інвалідності внаслідок травматичних ситуацій життя, переважно автокатострофи, травми на виробництві та інших, то має місце ризик виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Клінічні симптоми ПТСР викликають суттєвий дистрес, погіршення соціальних, професійних та інших важливих сфер діяльності. Діагностують посттравматичний стресовий розлад у випадках, коли людина пережила надзвичайні травматичні події і спостерігаються симптоми повторного переживання травми, симптоми уникання та симптоми підвищеної збудливості, що тривають більше одного місяця після травмування [115, с. 24; 239, с.122-124].

Набуття інвалідності молодими людьми призводить до цілого ряду негативних переживань, окрім загрози виникнення ПТСР (Е. Бланчард, Н. Мітнік, Е. Хіклінг [32]), є ризик виникнення важких депресивних, у кращому прогнозі, агресивних переживань, що значно ускладнюють відновлення соціальної адаптації (Б. Кілборі, Н. Рамси, Д. Харкот) [111; 234]. Наприклад, при

важких депресивних переживаннях людина втрачає інтерес до життя, не має бажання повертатися на робоче місце, а у випадках втрати можливості працювати за фахом тривалий час не має бажання здобувати нову професію.

Важкі емоційні переживання, а в гіршому випадку симптоми ПТСР можуть провокувати виникнення алкогольної залежності та залежності від психоактивних речовин. Вживання алкоголю виникає внаслідок неможливості іншим чином пережити набуття інвалідності, і, в свою чергу, не лише не вирішує виниклої ситуації, що виникла, а й створює низку додаткових перешкод, що потребують негайного подолання, оскільки відбувається не лише ускладнення соціальної адаптації, але й виникнення складних психологічних і психічних конструктів залежної поведінки.

Спеціальні заклади професійної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності сприяють набуттю молоддю з ПФОРА нових професійних можливостей, здобуття нових професій, що мають соціальний попит. На державному рівні впроваджуються програми соціально-психологічного супроводу молодих людей з обмеженнями життєдіяльності на робочому місці. Наявність внутрішніх (особистісних) і зовнішніх (соціальної взаємодії) проблем можуть ускладнювати професійну та, в цілому, соціальну адаптацію молодої людини з обмеженнями життєдіяльності.

Важливо, щоб молода людина отримала належну допомогу при орієнтуванні свого способу життя на умови, які накладають набуті обмеження життєдіяльності. Необхідно зрозуміти, що молодим людям не лише потрібно адаптуватися до особистісних змін, що виникають внаслідок набуття інвалідності, і, відповідно, виробляти нові навички самообслуговування, включати в звичний життєвий розклад реабілітаційні заходи, але й долати ційлий ряд соціальних бар'єрів.

Варто звернути увагу на бар'єри, що ускладнюють процес соціальної адаптації молоді з набутими ПФОРА. Основним бар'єром успішного адаптування є фізичне обмеження та ізоляція молоді з обмеженнями життєдіяльності (О. Холостова та Н. Дементьєва [314]), що обумовлені або

фізичними, або сенсорними, або інтелектуально-психічними порушеннями функцій, що заважають молоді самостійно пересуватися й (або) орієнтуватися в просторі. З іншого боку, фактори зовнішнього середовища можуть збільшити або, навпаки, компенсувати вплив цих особливостей. За допомогою вдосконалення архітектурної доступності та застосування новітніх технічних засобів можна забезпечити оптимальний доступ осіб з інвалідністю до необхідних споруд та закладів [103].

У зазначеному питанні мова йде не лише про безбар'єрне середовище для молоді з обмеженнями життєдіяльності, але також про сприятливе або несприятливе соціальне середовище. Зазначене обмеження спричинює багато наслідків, що ускладнюють становище молоді з ПФОРА, і вимагає вживання спеціальних заходів, що усувають просторову, транспортну, побутову ізоляцію, емоційну депривацію й забезпечують можливість трудової адаптації.

Інший бар'єр – це трудова сегрегація або ізоляція молоді з обмеженнями життєдіяльності: внаслідок ПФОРА молодь має вкрай вузький доступ до робочих місць або не має його зовсім [103]. У поодиноких випадках, внаслідок отриманої травми, молодь з ПФОРА втрачає здатність до трудової діяльності навіть найпростішої. Однак в інших ситуаціях молоді з обмеженнями життєдіяльності представляються (або виявляються доступними) робочі місця, що вимагають низької кваліфікації, передбачають монотонну, стереотипну працю та невисоку заробітну плату, - це знижує мотивацію до трудової діяльності і підкріплює бажання лише отримувати соціальні дотації, знижує зацікавленість у саморозвитку і може призводити до стагнації.

Таке становлення обумовлене не стільки обмеженістю індивідуальних фізичних або інтелектуальних ресурсів людей періоду молодості, скільки нерозвиненим характером ринку праці для осіб з обмеженнями життєдіяльності. В умовах жорсткої конкуренції ринкової економіки адаптація робочих місць для молоді з обмеженнями життєдіяльності, зокрема з ПФОРА, розглядається роботодавцями як не вигідна й небажана. Проте, як показують впроваджені в Україні пілотні проекти з професійної адаптації молоді з інвалідністю, при

професійному підході, при налагоджуваних і тематичних зустрічах з роботодавцями, зазначені проблеми вирішуються, і працевлаштування молоді з обмеженнями життєдіяльності набуває нового прогресивного напрямку.

Наступним бар'єром у житті молоді з обмеженнями життєдіяльності є малозабезпеченість, як наслідок соціально-трудова обмежень [103]: молодь змушена існувати або на невисоку заробітну плату, або на допомогу (що не є достатньою для забезпечення гідного рівня життя молодої людини). Проте є категорія молоді з набутими ПФОРА, яка розвиває власні підприємства, тобто фінансові обмеження для них не є суттєвими на противагу іншим вже описаним бар'єрам.

Важливими і досить важко подоланими для молоді з обмеженнями життєдіяльності є просторово-середовищні бар'єри [103]. Навіть у тих випадках, коли особа з ПФОРА має засоби пересування (протез, крісло-коляска, спеціально обладнаний автомобіль та інші), сама організація житлового середовища й транспорту не є оптимальною. Бракує устаткування й пристосувань для побутових процесів, самообслуговування, вільного пересування.

Імовірно, для молоді з обмеженнями життєдіяльності важливою перешкодою представляється інформаційний бар'єр, що виражається в труднощах одержання інформації як загального плану, так особистісного характеру. При доступності до інформаційних ресурсів молодь з обмеженнями життєдіяльності має можливість отримувати відомості про особливості державної підтримки осіб з інвалідністю, про діяльність громадських організацій та центрів соціально-психологічної реабілітації, може спілкуватися в соціальних мережах, вести активне соціальне життя, брати участь у соціальних проектах, працевлаштовуватися в онлайн та інше. Дефіцит інформації або її недостатня насиченість можуть привести до особистісної стагнації та незворотнього згасання інтелектуальних здатностей. З іншого боку, існує інформаційний бар'єр, що відгороджує суспільство від молоді з обмеженнями життєдіяльності: особам з інвалідністю набагато складніше презентувати свої погляди й позиції, донести до суспільства свої потреби й інтереси. Тому можуть

виникати невідповідні уявлення про потреби молоді з обмеженнями життєдіяльності, особливості їх особистості. Внаслідок зазначених викривлень можуть виникають забобони й фобії, що ускладнюють комунікації між молоддю з обмеженнями життєдіяльності і соціумом.

Специфіка емоційного бар'єру полягає в тому, що він має двосторонній вектор взаємодії: з одного боку, непродуктивні емоційні реакції оточуючих на присутність молоді з обмеженнями життєдіяльності – цікавість, глузування (зустрічається окремі поодинокі випадки, у зв'язку із розвитком сучасного суспільства і зміни ставлення до осіб з інвалідністю), незручності, почуття провини, гіперопіки, страху й таке інше та, з іншого боку, фруструючої емоції самої молоді людини з обмеженнями життєдіяльності: жалість до себе, недобррозичливість стосовно навколишніх, очікування гіперопіки, прагнення звинуватити когось у власних проблемах і обмеженнях життєдіяльності, зокрема прагнення до ізоляції й таке інше. Подібний комплекс ускладнює соціальні контакти в процесі взаємин молоді людини з обмеженнями життєдіяльності та її соціального середовища. Молодь з обмеженнями життєдіяльності має гостру потребу в гармонізуванні власного емоційного фону.

Комплексний характер має комунікативний бар'єр, що обумовлений кумуляцією дії всіх перерахованих вище обмежень, що деформують особистість людини. Розлад спілкування, одна з найбільш важких соціальних проблем молоді з обмеженнями життєдіяльності, є наслідком і фізичних обмежень, і емоційної захисної самоізоляції, і випадання із трудового колективу, і дефіциту звичної інформації.

Одна з основних проблем молоді з обмеженнями життєдіяльності полягає в ізолюваності від суспільства, відсутності умов активізації власної суб'єктності у вдосконаленні соціального середовища відповідно до своїх потреб. Проте період молодості, як визначають науковці, – це найважливіший період духовного і соціокультурного розвитку особистості. Головним новоутворенням цього періоду є відкриття власного “Я”, практичне включення у різні сфери життєдіяльності, поява життєвого плану, бажання бути творцем або зачинателем

нової соціальної і культурної реальності й установка на свідому побудову власного життя. На жаль, загальна відчуженість людей призводить до обмеження кола спілкування, важливого для молоді, до замкнутості на своїх проблемах, до відсторонення від життя інших.

Тому важливим фактором впливу на соціалізацію молоді з обмеженнями життєдіяльності є комплексне соціальне реабілітування [53; 59; 84; 354].

У сьогоднішній нашій державі важливою умовою ефективного здійснення комплексного соціального реабілітування молоді з обмеженнями життєдіяльності в громаді є впровадження в суспільну свідомість ідеї рівних прав і можливостей для всіх її мешканців. У більшості європейських країн цей процес вже розпочався. В Україні ідеї рівних прав і можливостей недостатньо сформовані в суспільній свідомості, вони лише нещодавно почали усвідомлюватися соціальними інститутами, відповідальними за соціальну політику в державі стосовно людей з обмеженнями життєдіяльності.

Вивчаючи причини щодо виникнення проблем соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності, важливу роль можна відвести проблемі «інклюзивного суспільства», що включає такі поняття: соціальна ізоляція; соціальна інклюзія; соціальна інтеграція [274; 283].

На думку доктора Л. Годмана, директора Інституту соціальної ізоляції в професійній психологічній школі А. Адлера, соціальна ізоляція характеризує процеси обмеження прав окремих людей та навіть цілих громад, це наслідок численних втрат, що унеможливають у повному обсязі участь осіб або груп осіб (людей похилого віку, осіб з інвалідністю, шукачів політичного притулку та інших) у економічному, соціальному і політичному житті суспільства.

Соціальна ізоляція людей з інвалідністю – це відсутність умов для реалізації їхнього права на освіту, працевлаштування, індивідуальну мобільність, охорону здоров'я, участь у політичному та громадському житті, на доступ до ресурсів та послуг.

Протилежною до соціальної ізоляції є соціальна інклюзія або позитивні дії, спрямовані на зміну обставин та навиків, що спричинили ізоляцію людини у

житті суспільства. Соціальна інклюзія (включення, залучення) з'явилася як процес змін у політичній, економічній, соціальній сферах держави, спрямований на утвердження соціальної рівності. Це забезпечення таких умов, за яких усі діти і дорослі могли б брати участь у житті суспільства як рівноправні його члени. Соціальна інклюзія відображає активно спрямований підхід розвитку соціального добробуту, що передбачає не просто ліквідацію бар'єрів чи ризиків, а дещо більше, - зміну концепції соціальної політики [103; 350].

Основна мета соціальної інклюзії - забезпечення людям, які зазнають ризику бідності та соціального виключення, можливостей та ресурсів, необхідних для того, щоб повною мірою брати участь в економічному, соціальному та культурному житті і досягти рівня життя та добробуту відповідно до стандартів якості життя.

Терміни «соціальна інклюзія» та «соціальна ізоляція» були прийняті до використання Європейським Союзом наприкінці 1980-х – на початку 1990-х років. Концепція «соціальної інклюзії» виникла у відповідь на зростаючу соціальну нерівність, що стала наслідком нових умов на ринку праці, та невідповідності існуючої системи соціального забезпечення, що не могли задовольнити потреби різних верств населення [103].

Основні принципи соціальної інклюзії стосовно осіб з інвалідністю: визнання і повага всіх людей у фундаментальному сенсі, незважаючи на відмінності; надання можливостей для навчання та розвитку, творчого, інтелектуального зростання особистості, вибору дітьми і дорослими стратегій власного життя; наявність підтримки у прийнятті рішень, що стосуються кожного особисто в питаннях сім'ї та життя у суспільстві; територіальна близькість (спільне користування фізичним і соціальним простором); наявність матеріальних ресурсів, у тому числі й фінансової підтримки, соціальних програм, спрямованих на рівноправну участь усіх членів суспільства, зокрема осіб з інвалідністю, у житті суспільства.

Що стосується дефініції поняття «інтеграція», то в науковій літературі ми не зустрінемо двох однакових визначень. Це можна пояснити, по-перше,

наявністю безлічі моделей, типів інтеграційних процесів, що різняться за цілями і функціями, і, по-друге, відмінностями національних інтересів, які відстоюють окремі держави.

Соціальна інтеграція – процес перетворення порівняно самостійних, слабо пов'язаних між собою об'єктів (індивідів, груп, держав) у єдину, цілісну систему, що характеризується узгодженістю та взаємозалежністю її частин на основі загальних цілей, інтересів [103; 350; 354]. Це встановлення оптимальних зв'язків між соціальними інститутами, групами, гілками влади й управління. Основою соціальної інтеграції є діяльність людей у межах того чи іншого суспільно-політичного ладу. Мета соціальної інтеграції полягає у створенні «суспільства для всіх», у якому кожна особа володіє правами та обов'язками і покликана відігравати в ньому активну роль.

Розглянувши данні поняття, можна сказати, що актуальною є проблема реабілітації молоді віком від 20 до 40 років, яка через обмеження життєдіяльності позбавлена можливості брати участь у суспільному житті і поступово перетворюється на соціальних споживачів. Саме терапія соціального середовища шляхом залучення молоді з обмеженими можливостями до активної життєдіяльності в громаді сприятиме її соціальному самоствердженню, самореалізації та формуванню в неї позитивного ставлення до життя.

У порушеному нами питанні слід наголосити на психологічній основі соціальної адаптації, адже процес соціалізації, насамперед, реалізується завдяки внутрішньоособистісному аспекту людини. Варто зазначити, що тут надзвичайно важливого значення набуває саме соціально-психологічна адаптація осіб з обмеженнями життєдіяльності як механізм створення для них рівних можливостей для того, щоб бути соціально затребуваними. Дана проблема актуалізується не лише тому, що останнім часом збільшилася кількість людей з обмеженнями життєдіяльності, а ще й тому, що дана категорія населення має низький рівень матеріального забезпечення, а також морально незахищена.

Соціальний захист осіб з обмеженнями життєдіяльності передбачає комплекс заходів, здійснюваний на основі концептуальної державної політики.

Діяльність держави щодо осіб з обмеженнями життєдіяльності виявляється у створенні правових, економічних, соціально-побутових і соціально-психологічних умов для задоволення їхніх потреб у покращенні здоров'я, матеріальному забезпеченні, трудовій діяльності тощо.

Соціальна адаптація молоді з обмеженнями життєдіяльності - це активний паритетний взаємозв'язок суспільства та особи, що спрямований на: 1) з'ясування соціумом можливих умов пристосування до суспільного життя кожного окремого індивіда; 2) приведення поведінки особи у відповідність до загальноприйнятих норм і цінностей; 3) надання безпечного та економічно стабільного існування в адаптованому середовищі; 4) соціально-психологічну інтеграцію всіх членів суспільства.

Проходження процесу соціальної адаптації та подальша соціально-психологічна адаптованість молоді з ПФОРА залежить від двох чинників: 1) соціального середовища, що має прийнятні характеристики та створює відповідні умови для адаптації молоді з ПФОРА; 2) особистісний адаптаційний потенціал молоді з ПФОРА.

Найважливішою проблемою сьогодення є вивчення провідного досвіду психолого-педагогічної роботи з людьми з обмеженнями життєдіяльності та розробка нових методів психологічної допомоги. Особливе місце в системі психологічної допомоги посідає проблема соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності, оскільки це основний життєвий механізм. Важливо допомагати молодим людям з обмеженнями життєдіяльності не лише адаптуватися в колективі (учнівському, професійному та інших), але й створювати власні сім'ї та розвивати стосунки. Важливим є гармонійний розвиток особистості, переживання щастя та задоволення від життя.

У процесі соціальної адаптації молоді з набутими, так як і молоді з вродженим ПФОРА важливе місце посідає комплексне соціальне реабілітування, що може компенсувати цілий ряд проблем соціальної взаємодії, надавати необхідну підтримку у професійному становленні, розвитку міжособистісних та

сімейних стосунків та забезпечувати особистісний саморозвиток і самоствердження.

Важливим аспектом соціальної адаптації молоді з набутими ПФОРА є забезпечення їхньої активної включеності у соціально-політичне життя держави, дотримання прав та особистісних свобод, створення правових, економічних, соціально-побутових і соціально-психологічних умов для задоволення їхніх потреб у покращенні здоров'я, матеріальному забезпеченні, трудовій діяльності тощо.

1.4. Специфіка соціальної адаптації ветеранів операції об'єднаних сил

Війна, яка триває з 2014 року на території України, нищівним чином впливає на все населення та економічну, політичну, соціальну сферу держави. У зв'язку з зазначеними особливостями перед державою постають нові завдання щодо надання психологічної допомоги населенню, а особливої уваги заслуговують ветерани операції об'єднаних сил (ООС), які ціною власного здоров'я та життя боронили кордони країни.

У вітчизняній науковій літературі проблема соціальної та соціально-психологічної адаптації ветеранів ООС ще не достатньо розроблена, проте у роботах вітчизняних науковців розкриваються поняття військового «синдрому АТО» (антитерористичної операції, що з 30 квітня 2018р. називається операція об'єднаних сил [213]) (О. Буряк, М. Гіневський [43]); психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) учасниками ООС (І. Стаднік, М. Мушкевич [277]); розроблені основні принципи та особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам війни та членам їх сімей (Н. Агаєв [218], Л. Гридковець [198], І. Грицюк [216], Т. Дучимінська [216], О. Климишин [198], О. Коқун [218], О. Запорожець [197], М. Мушкевич [216]); теоретико-методологічні засади реабілітаційного процесу військовослужбовців – учасників ООС (В. Коширець, А. Мельник [216]); визначено психодіагностичний інструментарій для діагностики найбільш частих

розладів психіки і поведінки у військовослужбовців – учасників ООС (Н. Агаєв, О. Кокун, Н. Лозінська, І. Пішко та інші [218]).

Для розуміння проблеми соціальної адаптації ветеранів ООС з набутими ПФОРА необхідно детально проаналізувати їх зовнішні та внутрішні фактори, чинники. До зовнішніх факторів та чинників, що ускладнюють адаптацію ветеранів до умов мирного життя, належать: сам факт участі ветеранів у військових діях, недостатньо організований соціально-психологічний супровід, байдужість соціального оточення, складності взаємовідносин у родині та інші. Внутрішні чинники, що заважають соціальній адаптації ветеранів, – це внутрішньо-особистісне реагування на участь у війні, що може виявлятися у проявах агресивності, тривожності, депресивних переживаннях та інших емоційних переживаннях, можливі зміни у поведінці, ціннісних орієнтаціях, світогляді. Важливе розуміння того, що ветерани ООС захищали рідну державу від загарбників-окупантів ціною власного життя, здоров'я, у тому числі і психічного [349].

У вітчизняній науковій літературі для опису травматичних переживань ветеранів ООС застосовують поняття «синдром АТО», оскільки вже описані «в'єтнамський» та «афганський» синдроми не співставні з переживаннями та наслідками участі у війні в Україні [43]. Наприклад, терміном «в'єтнамський» синдромом позначався ряд психічних порушень, які виникали у американських солдатів після участі у військових діях у державі, з якою не було ні територіального сусідства, ні культурно-історичної спільності. За висновками фахівців, більшість ветеранів, які повернулися з зони військових конфліктів, не змогли адаптуватися до умов мирного життя, оскільки не отримували належної соціальної підтримки. Саме в зазначений період почала розвиватися або набула більшої сформованості система реабілітації ветеранів.

На думку О. Буряка, М. Гіневського, Г. Катеруші, відмінність «синдрому АТО» від «в'єтнамського» та «афганського» синдромів полягає в тому, що військовослужбовці України захищають територіальну цілісність своєї країни і

вимушені воювати з народом, з яким переживали спільну історію [43], з досвідом поневолення та пригнічення особистих прав українців.

Згідно з офіційними даними, в зоні ООС вже воювали десятки тисяч українців, і за прогнозами спеціалістів з медичної галузі в наступні роки приблизно у 20% ветеранів ООС буде діагностовано ПТСР [43].

Травма, яку переживають ветерани з набутими ПФОРА так, як і у випадку з молоддю з набутими ПФОРА, має поліфункціональний характер, проте ускладнена участю у військових діях.

Зазначена політравматичність визначається у поєднанні травми участі у військових діях ветеранів та набуття ПФОРА, які, в свою чергу, накладаються на індивідуальну історію, що містить життєві травми, переважно з дитячого віку (М.Кляйн, О. Феніхель, А.Фрейд, З.Фрейд та інші) [117; 296; 304; 305].

З. Фрейд при дослідженні порушення психічного здоров'я (військові неврози) у солдатів відзначав значимість впливу несвідомих імпульсів. Він приділяв теорії травми не достатньо уваги, описавши психопатологію в межах конфлікту Я. Конфлікт відбувається між мирним Я солдата і його новим войовничим Я. Зазначений конфлікт загострюється, як тільки мирне Я солдата усвідомлює, якій небезпеці воно піддано. Старе Я захищається від смертельної небезпеки втечею у травматичний невроз [239; 390].

При описі клінічної картини травматичного неврозу З.Фрейд зазначав, що це подібне до істерії, проте з більш вираженими ознаками суб'єктивного страждання, як при перебігу іпохондрії або ж меланхолії, але з більшим зниженням психічних функцій. Порівнюючи травматичні неврози мирного та військового часу, З.Фрейд вказував на те, що у випадках, коли психічна травма поєднується з фізичною (поранення), вирогідність невротичної складової менша.

Аналізуючи порушення функціонування психіки при травматизації, З. Фрейд описав дію захисних механізмів, зокрема сновидіння, в яких хворі повертаються до травматичних подій, хоча в реальному житті намагаються про ці події не думати. Нав'язливість повернення до психотравматичних спогадів він пояснював як бажання переходу від пасивної ролі, в якій людина знаходилася під

час травми, до бажання поставити себе в активне положення: бажання отримати владу над вже минулою ситуацією і навіть реалізувати почуття помсти за страждання.

О. Феніхель при розкритті поняття травми зазначав, що головна функція психічного апарату полягає у відновленні стабільності, що порушилася внаслідок зовнішньої стимуляції. В розділі «Травматичні неврози» він зазначив, що будь-який сильний, несподіваний та руйнівний потік подразнень може викликати психічну травму у будь-якого індивіда. Типові групи симптомів травматичного неврозу, за О.Феніхелем, – блокування або зниження функцій Его (серед яких основна функція тестування реальності і отримання адекватних уявлень про ситуацію, навколишній світ та стосунки); періодичні напади безконтрольних емоцій, особливо гніву, тривоги, іноді до судомних нападів; безсоння та важкі порушення сну з типовими сновидіннями, в основі яких знову і знову переживається травма; програвання травматичної ситуації в денний час у формі фантазій, думок, почуттів; ускладнення у вигляді психоневрологічних симптомів [296; с.159-160].

Серед травм ветеранів ООС виокремлюють травми, пов'язані з бойовим стресом, і поділяють їх на: шоківі травми, що виникають у ситуаціях загрози життю самого бійця чи його побратимів; сенсові травми, які виникають внаслідок зради та несправедливості, з якими зіткнулася людина, та травми внаслідок втрати здоров'я, що виникають після поранень і контузій.

Варто зауважити, що при набутті ветеранами порушень функцій опорно-рухового апарату фізична травма поєднується з травмою, пов'язаною з бойовим стресом та психічною травмою, які накладені на вже існуючу індивідуальну історію життя, що також має свій рівень травмованості. Тобто має місце поєднання травм – політравматизм, що значно ускладнює специфіку надання комплексної допомоги.

Як відомо, вплив травми на психічне здоров'я залежить від характеристики травматичної події та її наслідків, характеристики потерпілої особи та реакції соціального середовища. І як наслідки переживання, травми можуть бути

ускладнені реакціями втрати, зловживанням алкоголем та психоактивними речовинами, гострим стресовим розладом (ГСР) та ПТСР, генералізованим тривожним розладом (ГТР), розладом апатії, дисоціативним розладом, соматоформними розладами та короткими психотичними епізодами. Все вище зазначене значно ускладнює соціальну адаптацію ветерана та його повернення до умов мирного життя.

Варто розрізняти розлади, обумовлені участю у військових діях (М. Амір, Б. Літц, С. Кастро, З. Каплан, М. Сувак, Дж. Томас) [114; 115].

Надзвичайними травматичними стресовими факторами є особисте переживання травматичної події, яке включає в себе загрозу смерті чи серйозних травм, загрозу або порушення своєї фізичної недоторканості; ситуації, в яких людина стала свідком події, що включає в себе смерть, травми або загрозу фізичної недоторканості іншої особи. Є дані, що військовослужбовці не завжди реагують так, як цивільні жертви травматичних подій, і їх критерії на сьогоднішній день розглядаються в контексті майбутніх критеріїв Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я [72; 115].

Гостра реакція на стрес (ГРС) є перехідним станом, який розвивається у відповідь на травматичну подію. Початок прояву, принаймі деяких ознак і симптомів, може бути одночасним із самою травмою або через кілька хвилин після травматичної події, а може настати через кілька годин або днів після травми. У більшості випадків симптоми зникають протягом декількох днів (навіть годин). Симптоми включають різну комбінацію таких явищ, як депресія, втома, занепокоєння, зниження концентрації пам'яті, надмірне збудження або будь-що з чотирьох категорій реакцій, що не зникли протягом чотирьох днів після події, після виключення інших розладів [72, с.22].

Бойова стресова реакція (БСР) під час поточної військової операції – це термін, що використовується для опису гострої реакції на стрес у бойовій обстановці і може включати в себе будь-який симптом і ознаку, в тому числі фізичні і неврологічні симптоми в результаті впливу вкрай стресових подій або

бойових дій. БСР проявляється внаслідок позбавлення сну, екстремальних фізичних навантажень, поганих санітарних умов, обмеженої калорійності їжі, зневоднення або екстремальних умов навколишнього середовища.

Гострий стресовий розлад (ГСР) відноситься до клінічно виражених симптомів (спричинення значного дистресу або погіршення в соціальній, професійній або інших важливих сферах діяльності), що тривають більше 2 днів, але не більше 1 місяця після впливу травми, як визначено вище (може прогресувати до посттравматичного стресового розладу, якщо симптоми тривають більше 1 місяця). Діагностичні критерії включають: суб'єктивне відчуття заціпеніння, байдужість та відсутність емоційної чуйності, зменшення сприйняття оточення (наприклад, «перебування в заціпенінні»); дереалізація (відчуття, що звичне оточення або люди нереальні або стали дивними); деперсоналізація (людина відчуває, що він (вона) більше не він (вона)); дисоціативна амнезія (тобто нездатність згадати важливий аспект травматичної події); травматична подія постійно повторно переживається особою у вигляді повторних видінь, думок, мрій, ілюзій пережитих епізодів, «спалахів минулого» або дистресу у відповідь на нагадування про травматичну подію; уникнення подразників, що викликають спогади про травму (наприклад, думки, почуття, розмови, заходи, місця, люди, звуки, запахи або інше); виражені симптоми тривоги або підвищеного збудження (наприклад, порушення сну, дратівливість, порушення концентрації, надзвичайна настороженість, перебільшення реакції переляку, рухове збудження) [72].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Його клінічно виражені симптоми дублюють симптоматику ГСР, проте вони тривають більше одного місяця після впливу травми. До описаних симптомів додаються: почуття байдужості або відчуженості від інших; обмеження почуттів (наприклад, не в змозі мати почуття любові); обмеження майбутньої перспективи (наприклад, не розраховує мати кар'єру, шлюб, дітей або нормальну тривалість життя); симптоми підвищеного збудження, складнощі при засинанні та під час сну,

дратівливість або спалахи гніву, труднощі з концентрацією уваги, підвищена настороженість, посилена стартова реакція [114; 115; 160].

Гострий посттравматичний стресовий розлад. Клінічно виражені симптоми продовжують викликати дистрес або погіршення в соціальній, професійній або інших важливих сферах діяльності, тривалістю більше одного місяця, але менше 3 місяців після впливу травми.

Хронічний посттравматичний стресовий розлад. Клінічно виражені симптоми продовжують викликати дистрес або погіршення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах діяльності. Симптоми тривають більше 3 місяців після впливу травми. Хронічний ПТСР навряд чи покращиться без ефективного лікування. Деякі пацієнти з хронічним ПТСР можуть мати стійкі труднощі в міжособистісних стосунках, настрої, соматизації та глибокі проблеми ідентичності. Така клінічна картина часто може бути пов'язана з постійними чи повторними травмами в дитинстві або підлітковому віці, але вона також може бути пов'язана зі стійкою травматизацією в більш пізньому віці або може розвинутися як пізній наслідок хронічного посттравматичного стресового розладу, навіть якщо першочерговий травматичний стрес був одиничним випадком.

Серед військовослужбовців мають місце супутні захворювання, такі як розлад у результаті вживання психоактивних речовин, великий депресивний розлад, генералізований тривожний розлад (ГТР) і травма головного мозку середнього ступеня важкості.

ПТСР з відтермінованим початком характеризується виникненням клінічно виражених симптомів, зазначених вище, що викликають дистрес або погіршення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах діяльності протягом щонайменше 6 місяців після впливу травми [72, с.24].

Солдати потрапляють у район бойових дій, під обстрілом ведуть бойові дії, і це триває не одинь день. Весь цей час вони перебувають у стані підвищеного нервового напруження, коли їм не до їжі, не до сну, і при цьому ведуть бойові дії або просто сидять і чекають, коли закінчиться обстріл. На їхніх очах гинуть

бойові товариші або стікають кров'ю, і коли вони бачать це, то побачене спричинює шоківий стан. На думку О. Буряка, М. Гіневського, Г. Катеруші, зазначений період і є гострою стресовою реакцією. Наслідки такої реакції проявляються в нервових тиках, тремтінні, конвульсіях, заїканні. У складних випадках солдати здійснюють незрозумілі божевільні вчинки [43].

У ранній період, тобто до 1,5 місяця після участі у військових діях, симптоми посттравматичного стресового розладу виникають у невеликої кількості військовослужбовців, але оскільки пережити травму дуже складно, то кількість людей, у яких розвивається синдром, збільшується. У більшості учасників ООС спостерігаються прояви раннього посттравматичного періоду. І ці процеси продовжують наростати та загострюватися. Психологічні наслідки посттравматичного стресового розладу можуть тривати роками, а в деяких випадках навіть протягом 20 років [43].

У випадку нерозуміння з боку близьких душевного стану бійця, зміни, що відбулися на війні з ним, можуть вплинути на майбутнє всієї родини. Непорозуміння з боку оточення може спровокувати серйозні проблеми, зокрема пошуку віддушину в алкоголі, наркотиках, підвищеної агресії по відношенню до оточуючих і ризик виникнення самогубства та кримінальної поведінки [72]

Особливої уваги заслуговує соціальна та соціально-психологічна адаптація ветеранів, які отримали внаслідок участі в ООС обмеження життєдіяльності, зокрема ПФОРА. Набуття інвалідності спричинює ряд психологічних перебудов, і до психологічних реакцій, спричинених участю в ООС, зокрема гостра реакція на стрес, додаються переживання, пов'язані з фізичним болем, дискомфортом, втратою здорового цілісного образу свого фізичного тіла.

Зміни психіки внаслідок набуття інвалідності можуть бути різноманітними. Варто зазначити, що усвідомлення хвороби або внутрішня картина хвороби – найбільш розповсюджене поняття, яке описане у роботах Е.Краснушкіна, Р. Лурії, Н. Серединої, Е. Шевалев, Д. Шкуренко.

Поняття «внутрішньої картини хвороби» було введено Р. Лурією, він продовжив ідеї А. Гольдшейдера про «аутопластичну картину захворювання», виокремлюючи дві взаємодіючі сторони: сензитивну (чуттєву) та інтелектуальну (розумову, інтерпретаційну). Сензитивний рівень включає в себе сукупність больових відчуттів та пов'язаних з ними емоційних станів хворого. Інтелектуальний рівень – значення хвороби та її раціональну оцінку [148].

Реакція особистості на ПФОРА залежить від багатьох факторів: від особливостей самого порушення функцій опорно-рухового апарату, гостроти та темпу розвитку, уявлення про порушення у самого пацієнта, характеру лікування та психотерапевтичної допомоги, особистості самого хворого, ставлення до набуття обмежень життєдіяльності близьких, побратимів по зброї, знайомих, друзів та суспільства в цілому.

Узагальнюючи наукові підходи А. Лічко, Н. Середини, Д. Шкуренко, [263] ставлення до набуття ПФОРА можна представити в такому вигляді: відповідно до особистісних особливостей ветерана: депресивно-астенічний (астено-депресивний) – виявляється в послабленні спонукань до діяльності, емоційній невитривалості, виснаженості, відчутті розбитості, придушенні, безпідставній стурбованості; психоастенічний тип ставлення виявляється у переповненні тривогою та побоюваннях за майбутнє; іпохондричний тип ставлення проявляється у деталізованій заглибленості в найдрібніші прояви свого захворювання з вивченням відповідної медичної літератури, а також самостійною інтерпретацією симптомів; істеричний тип пов'язаний з перебільшенням своєї хвороби, прагненням поставити хворобу у центрі своєї уваги та уваги оточуючих людей; ейфорійно-анозогнозичний ставлення, при якому хворий ігнорує наявну хворобу, не виконує настанови лікаря, грубо порушує режим та завдає шкоди своєму здоров'ю.

Важливо зазначити, що у ветеранів ООС при набутті ПФОРА можливе виникнення трагічного переживання хвороби (гіпернозогнозія – виникає в тих випадках, коли захворювання виникло раптово, різко погіршило працездатність та весь життєвий стереотип, коли відбувається кардинальна зміна в усіх

життєвих, суспільних, любовних, професійних та виробничих планах людини). Наприклад, внаслідок обмежень життєдіяльності людина змушена користуватися інвалідним візком, причому не може обходитися без сторонньої допомоги.

Складними для психологічної корекції є тяжка депресивна реакція, що може супроводжуватися суїцидальними думками і спробами самогубства та параноїчне переживання (маячіння), яке виникає при контузіях та інших пораненнях, що є супутніми до ПФОРА

В. Бакулін, І. Грецька, Л. Рохлін виокремлюють три основні причини, що визначають тип реагування на хворобу: особливості особистості та нервової системи хворого; специфіка захворювання; соціальні чинники та фактори, що діють у момент захворювання (підвищення залежності від ставлення оточуючих, вимушена ізоляція від діяльності; переживання відповідальності за долю інших членів сім'ї) [18].

Варто зазначити, що ставлення до хвороби характеризується психологічними характеристиками та складається з когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів. Когнітивний компонент вміщує у собі знання про хворобу, її усвідомлення, розуміння ролі хвороби та вплив на життєве функціонування хворого і прогноз її перебігу. Емоційний – почуття та переживання хвороби та всієї ситуації, пов'язаної з нею. Поведінковий – це пов'язані з хворобою реакції, що сприяють адаптації або дезадаптації та виробленню стратегій поведінки в життєвих ситуаціях у зв'язку з захворюванням (активна боротьба з хворобою, ігнорування, песимістичні установки та інше).

Постійне перебування у медичних закладах спричинює виникнення у ветеранів ООС з набутими ПФОРА такого несприятливого явища, як госпіталізм, що включає в себе несприятливі, в першу чергу, психічні умови лікарняного середовища та результати їх дії на психічний і фізичний стан хворого. Найчастіше явище госпіталізму спостерігається у дітей (Р. Шпіц [404]), проте зазначені особливості зустрічаються і у дорослих (А. Шевцов [358]).

Війна нищівним чином впливає на психічне здоров'я людини. Самі військові дії є фактором зовнішнього середовища, що може спричинювати зміни на рівні психічних функцій, зокрема при набутті психічних розладів або при набутті інвалідності людиною. Тобто кардинальні зміни зовнішнього середовища (порушення безпеки, травматичні ситуації та інші) спричинюють зміни в психічному функціонуванні людини, що, в свою чергу, можуть погіршувати процеси адаптування як психічного, так і соціального. Проте, варто зауважити, що як факт участі у військовому конфлікті, так і набуття ПФОРА різними людьми переживаються по - різному. Все залежить від індивідуальної історії розвитку, важкості отриманої травми та реакції навколишнього середовища на події, що призвели до травмування.

Надзвичайно важливе значення має соціальна загальнодержавна підтримка ветеранів. Вони герої, що боронили кордони власної держави, важливо щоб підтримка населення була незаперечною. В історії є випадки, коли молоді ветерани, повернувшись з війни, не отримують належної соціальної поваги, що призводить до важких емоційних станів. Соціальна думка є надзвичайно потужним фактором, який може допомогти витримати важкі переживання та сумніви. Саме сумніви, розчарування та почуття провини є глибинними при утворенні важких емоційних переживань.

Відповідно до сучасних українських психологічних та медичних досліджень [218; 198; 216; 277], після звільнення в запас у військовослужбовців, внаслідок життя в бойових умовах, виникає криза ідентичності, тобто втрата цілісності і віри в свою власну соціальну роль. Зазначені особливості виявляються в порушенні здатності учасників бойових дій проявляти себе в складних соціальних взаємодіях, у яких відбувається самореалізація людської особистості. Військовослужбовці втрачають інтерес до суспільного життя, знижується їхня активність при вирішенні власних життєво важливих проблем. Також можна помітити зниження здатності до співпереживання і потреби в душевній близькості з іншими людьми.

В умовах мирного життя учасникам ООС їх екстремальний досвід стає непотрібним, а відмовитися від нього вони не можуть, відповідно до принципу незворотності розвитку психіки. Також потрібно зважати на внутрішнє психологічне протиріччя ветеранів: з одного боку, армійська дисципліна, необхідність беззаперечного виконання наказу, підпорядкування старшим за званням ведуть до придушення особистої свободи; з іншого боку, екстремальні умови війни виробляють такі якості, як рішучість, ініціативність, винахідливість, здатність до самостійних дій у складних обставинах, адже виживає той, чия реакція виявиться швидшою, а прийняте рішення буде найбільш адекватним конкретній ситуації. Можна говорити про те, що військові - слухняні виконавці, які звикли до армійського розпорядку і забезпечення всім необхідним, погано пристосовуються до життя поза військовою зоною, в той же час нерідко є сильними, вольовими, незалежними особистостями, які усвідомлюють свою значимість, що зумовлена специфічним досвідом і особливою системою поглядів. В умовах мирного життя такі люди виявляються незручними для керівництва саме своєю самостійністю, сміливістю і фронтовим максималізмом, тобто саме тими якостями, які допомогли їм вижити на війні [349].

Спогади, спільне минуле, невідомі рідним і знайомим, зближують колишніх військовослужбовців і змушують їх тягнутися один до одного. Так створюються громадські об'єднання та організації учасників бойових дій. Усвідомлення своєї приналежності до «особливої касти» надовго зберігає між колишніми бійцями теплі, довірливі стосунки. Не тільки однополчани, товариші по службі, але і просто колишні військовослужбовці намагаються один одному допомагати і підтримувати один одного в навколишньому світі, де інші ставляться до них без належного розуміння, з підозрілістю і настороженістю. Найдієвіші соціальні реформи в Україні, зокрема створення Міністерства ветеранів, були здійснені за активної участі учасників та ветеранів ООС.

Важливо зауважити, що, окрім проблем психологічного характеру, додаткове ускладнення соціального адаптування до умов мирного життя можуть викликати набуті ПФОРА. Зазначені порушення здоров'я вимагають особливого

ставлення до власного життя: відвідування лікувальних та реабілітаційних заходів, дотримання режиму і здорового способу життя та інше. Комплексне соціальне реабілітування стає невід'ємним компонентом подальшого життя ветеранів з обмеженнями життєдіяльності. Варто зазначити, що така різка зміна може супроводжуватися внутрішнім опором та негативними переживаннями, що також потребує психологічної або навіть психотерапевтичної допомоги.

Взаємодія з близькими, з членами родини ветеранів значно ускладнюється, оскільки родина зустрічається не лише з психічними наслідками участі молоді людини у війні, але й з тим, що на перших порах, а іноді і упродовж подальшого життя, потрібно супроводжувати ветерана з ПФОРА, допомогати у самообслуговуванні, здійснювати супровід у громадських місцях та інше. Проблеми пересування і самообслуговування, що виникають внаслідок набуття інвалідності, це додаткове психологічне навантаження на молодого ветерана.

Непоодинокі випадки, коли сім'я ветерана ООС з набутими ПФОРА переживає конфлікти, непорозуміння, прояви жорсткої агресії та врешті - решт – розлучення. Варто зауважити, що складність родинних стосунків ветеранів зумовлена зміною соціальної ролі ветерана з набутими ПФОРА, а саме з позиції голови сім'ї, годувальника, який відповідає за матеріальне забезпечення родини та безпеку всієї держави, молодий ветеран внаслідок набуття інвалідності і втрати не лише можливості самостійно переміщуватися та самостійно виконувати побутові функції, в окремих випадках втрачає сексуальну функцію, яка нищівним чином впливає на самооцінку і може бути причиною внутрішніх конфліктів, що переростають у конфліктну взаємодію. Лише при умові належного розуміння та підтримки ветерана в родині, можливе набуття ресурсу для подолання не лише внутрішніх конфліктів, але й негараздів, що очікують на ветерана в соціальному середовищі. Саме сім'я – основний інститут соціальної адаптації молодих ветеранів, оскільки це перший соціальний інститут людини, що у своїх традиціях і цінностях містить трансгенераційний потенціал для відновлення, збереження упродовж багатьох поколінь.

Складності соціального адаптування проявляються в тому, що ветерани з набуттям ПФОРА можуть втрачати свої соціальні ролі, зокрема професійні. Внаслідок втрати функцій, вони не завжди можуть повернутися на робоче місце, для набуття нової професії потрібне додаткове навчання, яке знову ж таки недостатньо налагоджене саме для цієї категорії населення. І найважливіша проблема - наявність робочих місць для ветеранів. Переважно побратими по службі активно підтримують один одного і в зазначеному аспекті також, проте проблема є не розв'язаною.

Гостро постає питання працевлаштування ветеранів з набутими ПФОРА. Більшість ветеранів не може повернутися до роботи, яку виконувала до участі у війні. Хоча незначний відсоток все-таки є. Для ветерана з ПФОРА потрібно створювати спеціальні умови, враховуючи особливості доступності до робочого місця, особливості відпочинку та специфіку роботи. Варто зважати на психологічні умови та специфіку взаємодії з колективом та керівництвом, оскільки участь у війні дещо змінює сприйняття оточуючих, особливо тих, хто не брав у ній участі. Більшість ветеранів вирішує не повертатися на робочі місця, що викликає ризик зловживання алкоголем та переживання негативних емоційних станів.

Важливим аспектом життя ветеранів з обмеженнями життєдіяльності є соціальна активність, важливо, щоб ветерани залучалися до активного життя громади і мали можливість цікаво проводити вільний час. Особливо корисними є відвідування родиною культурних, розважальних та інших заходів. Зазначені програми впроваджуються за рахунок грантових програм, проте, на жаль, вони є одиничними, що не дає бажаного ефекту. Більшість ветеранів ООС з обмеженнями життєдіяльності надає перевагу ізоляції та відокремленому життю. Ветеранські асоціації та організації намагаються залучити їх до активного життя, проте в більшості випадків зазначені заходи поодинокі.

Таким чином, встановлено, що участь молоді в ООС з подальшим набуттям ПФОРА може спричинювати важкі психологічні, і, в окремих випадках, психічні зміни, які ускладнюють адаптацію ветеранів до умов мирного життя. Травма

ветеранів ООС з набутими ПФОРА має поліфункціональний характер, оскільки на індивідуальну історію розвитку (можливо травматичну) накладається поєнання травми внаслідок участі у військових діях та травма набуття ПФОРА. Війна – це саме той соціальний фактор, що може спричинювати не лише психологічні, але й психічні зміни особистості ветерана. У складних поєднаннях специфіки індивідуальності особистості та важкості травмування під час участі в ООС з подальшою втратою функцій опорно-рухового апарату (ОРА) можливе виникнення такої складної психічної реакції, як ПТСР. Зазначений синдром докорінно змінює життя ветерана та потребує психотерапевтичної допомоги. Набуття інвалідності також може спричинювати порушення психологічного та психічного здоров'я аж до важких депресивних переживань та іншого. Зазначені особливості притаманні не всім ветеранам ООС, проте їх наявність може значно ускладнювати процес адаптації до умов мирного життя.

Основні проблеми соціального адаптування ветеранів ООС з набутими ПФОРА полягають у складності сімейних, професійних та інших взаємостосунків, у недостатній можливості працевлаштування, у нерозвиненій системі соціального супроводу та реабілітації ветеранів і низькій соціальній активності, що потребує розробки спеціальних психосоціальних корекційних заходів.

Висновки до розділу 1

1. Здійснений у міждисциплінарній парадигмі аналіз світових і вітчизняних наукових підходів до проблеми соціальної адаптації особистості засвідчив, що зазначене поняття визначається як процес пристосування до умов зовнішнього та внутрішнього середовища. Зміст соціально-психологічної адаптації особистості був розкритий з використанням аналізу системи понять, що охоплюють усі аспекти досліджуваного явища, зокрема адаптації, соціальної адаптації, психологічної адаптації та соціально-психологічної адаптації. Встановлено, що соціально-психологічна адаптація - це процес двосторонньої

взаємодії індивіда та середовища, в результаті якої відбувається пристосування індивіда до зазначеного середовища за рахунок внутрішньоособистісних змін та змін зовнішнього середовища.

2. Аналіз сучасних світових науково-практичних підходів, що розкривають зміст та специфіку передумов соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, засвідчив уповільненість темпів та нерівномірність розвитку зазначеної категорії у порівнянні з молоддю з типовим розвитком. Встановлено, що протягом усього життя молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату потребує спеціалізованого соціально-психологічного супроводу, що має здійснюватися у парадигмі комплексного соціального реабілітування, з метою компенсації дезадаптивних або вироблення нових адаптивних особистісних стратегій.

3. Соціальна адаптація молодих людей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату передбачає наявність у них активних зусиль, спрямованих на досягнення гармонії з навколишнім середовищем, власного розвитку, професійного та особистісного становлення і міжособистісної взаємодії впродовж усього життя, з одного боку, та, відповідно, змін соціального середовища для забезпечення оптимальних умов розвитку, навчання, праці, особистісного розвитку, дотримання прав і свобод молоді з обмеженнями життєдіяльності, з іншого боку.

4. Джерело ускладнень соціальної адаптації молоді з вродженими ПФОРА в індивідуальній історії розвитку: в першу чергу у наявності ПФОРА, які в цілому ускладнюють розвиток, спричиняють його нерівномірність та недостатню зрілість основних психічних функцій; до вторинних (соціальних) порушень, які накладаються на ускладнений розвиток, належать: несприятливе батьківське ставлення, перебування у закладах освіти інтернатного типу та лікувальних закладах (що спричинює явище госпіталізму) або ж у ізольованій позиції під час індивідуального навчання у закладах ЗСО, несприятливе ставлення соціального оточення.

5. Процес соціальної адаптації молоді з набутими ПФОРА розглядається в двох напрямках: як проходила соціалізація до та після набуття ПФОРА. При ускладненнях соціалізації до набуття травми, що спричинила ПФОРА, можливі стійкі негативні особистісні зміни, зокрема депресивні, тривожні, інші негативні емоційні стани та, у окремих випадках, виникнення ПТСР.

6. Встановлено, що участь молоді в ООС з подальшим набуттям ПФОРА може спричинювати важкі психологічні і, в окремих випадках, психічні зміни, що ускладнюють адаптацію ветеранів до умов мирного життя. Травма ветеранів ООС з набутими ПФОРА має поліфункціональний характер, оскільки на індивідуальну історію розвитку (можливо травматичну) накладається поєнання травми внаслідок участі у військових діях та травма набуття ПФОРА. У складних поєднаннях специфіки індивідуальності особистості та важкості травмування під час участі в ООС з подальшою втратою функцій опорно-рухового апарату (ОРА), можливе виникнення такої складної психічної реакції, як ПТСР. Зазначений синдром докорінно змінює життя ветерана та потребує психотерапевтичної допомоги. Набуття інвалідності також може спричинювати порушення психологічного та психічного здоров'я аж до важких депресивних переживань та іншого. Зазначені особливості притаманні не всім ветеранам ООС, проте їх наявність може значно ускладнювати процес адаптації до умов мирного життя.

7. У сьогоденні проблеми соціальної адаптації молоді з набутими та вродженими ПФОРА зумовлені тим, що соціальне середовище не завжди може адекватно реагувати на їхні запити, а саме: недостатня кількість робочих місць, зазначені робочі місця не завжди відповідно обладнанні, бракує послуг соціально-психологічного супроводу; є проблеми безбар'єрного доступу та цілий ряд соціальних стереотипів, що ускладнюють соціальне адаптування.

8. Важливим аспектом соціальної адаптації молоді з вродженими та набутими ПФОРА є забезпечення їх активної включеності у соціально-політичне життя держави, дотримання прав та особистісних свобод, створення правових, економічних, соціально-побутових і соціально-психологічних умов для

задоволення їхніх потреб у покращенні здоров'я, матеріальному забезпеченні, трудовій діяльності тощо.

9. У процесі соціальної адаптації молоді з набутими ПФОРА, так як і у молоді з вродженим дизонтогенезом зазначених порушень функцій, важливе місце посідає комплексне соціальне реабілітування, що може компенсувати цілий ряд проблем соціальної взаємодії, надавати необхідну підтримку у професійному становленні, розвитку міжособистісних і сімейних стосунків та забезпечувати особистісний саморозвиток і самоствердження.

РОЗДІЛ 2

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ МОЛОДИ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

2.1. Психологічні механізми соціальної адаптації особистості

Для здійснення наукового дослідження проблеми психологічних механізмів соціальної адаптації необхідно враховувати міждисциплінарний характер самого поняття «механізм». Поняття механізму (В. Ільїн) походить з такої природничої науки, як механіка, що в загальному розумінні є наукою про механічний рух, рівновагу тіл та взаємодію, що виникає при зазначеному процесі між тілами. Механіка - це розділ фізики, засновником якої є Галілео Галілей, а основні закони динаміки (розділ механіки, що вивчає причини виникнення механічного руху) були встановлені Ісааком Ньютоном [99].

Враховуючи те, що в механіці механізм – це система тіл, що виконують перетворення руху одного або кількох тіл у потрібний рух інших твердих тіл, то висхідним у описі поняття механізму, що в подальшому застосовувалося і в інших природничих науках, зокрема і в психології, є те, що механізм – це не посередник, а процес, що забезпечує перетворення того, що є в одному об'єкті розгляду, в те, що потрібно в іншому.

Механіцизм у філософській науці – метод пізнання та світогляду, що розглядає усю багатогранність світу у механічному русі однорідних частинок матерії і складні закономірності розвитку у найпростіших законах механіки. Представниками зазначеного напрямку були Т. Голс, К. Фохт, Е. Дюрінг та інші.

У біомеханіці предметом вивчення є властивості біологічних об'єктів, закономірності їх адаптації до довкілля, їх особливості на різних рівнях організації та в різних станах, включаючи періоди розвитку, старіння, та при патологіях [131].

Розглядаючи проблему механізмів, можна визначити їх постійність функціонування і те, що лише внаслідок сильних за силою зовнішніх проявів можлива їхня зміна або трансформація.

Механізм – це сукупність станів і процесів, з яких складається певне явище; внутрішня будова, система чого-небудь; пристрій, який передає або перетворює рух [93].

Поняття механізму широко застосовується у психофізіології, оскільки розуміння сутності будь-якого психічного процесу не можливе без розуміння мозкових механізмів. Наприклад, при психофізіологічному дослідженні емоцій центральне місце посідає центральний нейронний механізм емоцій. В основі розуміння мовлення, здійснення дій та керування мовленнєвими сигналами закладений механізм динамічних часових зв'язків [6; 32].

Провідне місце у психофізіологічному дослідженні посідає механізм електричного збудження. Зазначений механізм, на думку Ю. Александрової, позначає комплекс процесів, що яскраво функціонально характеризують нервові клітини і пов'язані з можливістю реагувати на зміни електричного поля, що проходить через клітини, а саме миттєво змінювати власну іонну провідність і створювати за рахунок цього трансмембранний іонний струм, застосовуючи в якості основної сили постійно існуючі між зовнішнім та внутрішнім середовищем іонні градієнти [6].

У кібернетичному підході психофізіологічного наукового дослідження висхідним положенням є механізми зворотнього зв'язку, при яких інформація про зміни в зовнішньому світі та організмі людини надходить у мозок і бере участь у подальшій саморегуляції поведінки, а мозок виступає головним органом керування (та регуляції) всіма функціями організму та оточуючими об'єктами і ситуаціями в міцному зв'язку з поведінкою людини [32].

В. Агєєв при вивченні психологічних механізмів зазначав, що механізм - це елементарний рівень аналізу, з яким не співвідносна специфіка вищого рівня, проте він здатний виконувати функцію засобу.

Важливо розмежовувати поняття психічних та психологічних механізмів. Так, на думку Е. Доценко, психічні механізми – це сукупність психічних станів та процесів, що здійснюють активність у результативному напрямі в стандартній послідовності. Психологічні механізми – постійно діюча або ситуативна цілісна психологічна система, що забезпечує виконання регулятивних функцій.

Представники системного та психофізіологічного наукових підходів пов'язують найпростіші форми дії психічних механізмів із спонтанною активністю. Спонтанна активність завжди існує в живих організмах, оскільки життя є активністю. А мотивація, на думку Г. Сухобської, займає позицію регулятора активності, а не її джерела. Проблема спонтанної активності досліджувалася Н. Геращенко, І. Фейгенбергом. У структурі рефлекторної діяльності (П. Анохіна) було виділено спонтанні ритмічні процеси, що займають провідне місце в саморегуляції [14; 15].

Як зазначав у своїй науковій праці С. Ром [252], у розгляді проблеми психічних механізмів варто звернути увагу на теоретичні положення І. Сеченова, у яких він зазначав, що всі акти свідомого та несвідомого в житті похідні від рефлексів. Виокремлено три рефлекторних ланцюги, що діють, як функціональні механізми: 1) початковий ланцюг – зовнішнє подразнення та перетворення його органами чуття у процес нервового збудження, що передається до мозку; 2) середній ланцюг – центральні процеси в мозку (процеси збудження та гальмування) і виникнення на цьому підґрунті психічних станів (відчуттів, думок, почуттів та інших); 3) кінцевий ланцюг – зовнішній рух.

У об'єктивному підході до вивчення діяльності мозку методами умовних рефлексів І. Павлов, при розгляді людського організму як системи, поділив рефлекси на безумовні (реакція на суворо обумовлені подразники із зовнішнього середовища) та умовні (реакція на нейтральний подразник, який стає нейтральним внаслідок його поєднання з безумовним подразником), тобто описав природу психічного механізму [201].

А. Лурія в теорії психічної діяльності людини виділив три функціональних блоки мозку, участь яких необхідна для будь-якого виду психічної діяльності (фізіологічна основа психічних механізмів):

- 1) активації та тону (повноцінна діяльність вимагає активного, бадьорого стану людини);
- 2) сприйняття, переробки та збереження інформації;
- 3) програмування, регуляції та контролю (задаються цілі, формуються програми власної активності, здійснюється контроль за їх виконанням).

Спільна робота всіх трьох функціональних блоків забезпечує здійснення будь-якої психічної діяльності людини [149; 150].

На думку А.Налчаджяна, психічні механізми – це структура взаємопов'язаних дій, здійснення яких призводить до специфічного результату, тобто це стійка схема психічних дій [186; с.152].

Психічні механізми – це стійкі утворення, що у своєму значенні є фізіологічним підґрунтям психологічного механізму; зазначені механізми взаємопов'язані, і дисфункція психічних механізмів може привести до розпаду психологічних.

Варто зауважити, що при ослабленні або недорозвиненні порушених або втрачених функцій вступають у дію механізми компенсації, які, в свою чергу, діють або за рахунок якісної перебудови ослаблених, або посиленого використання збережених функцій (П. Анохін, Л. Виготський, А. Петровський).

Особливості адаптаційно-компенсаторних механізмів, їх значення у функціонуванні захисних механізмів розкриті в наукових працях А. Воложина та Ю. Субботіна [52].

Описуючи психічні механізми компенсації у межах системного підходу, П. Анохін зазначив, що важливе значення для створення нової функціональної системи під час компенсації психічних функцій має оцінка результатів, до яких призводять спроби організму побороти дисфункцію, що здійснюється за рахунок зворотньої аферентації. І відповідно, внутрішньосистемний механізм

компенсації здійснюється за рахунок залучення збережених нервових елементів тих структур, які постраждали, а міжсистемний механізм пов'язаний із перебудовою функціональної системи і залученням нових нервових елементів інших нервових структур [14; 15].

Л. Анциферова визначає психологічні механізми як закріплені у психічній організації особистості функціональні способи перетворення, внаслідок яких виникають різноманітні психологічні новоутворення, підвищується або знижується рівень організованості особистісної системи, змінюється функціонування. Психологічні механізми – способи перетворення, організації особистості, тому що вони є механізмами реальних або мисленневих перетворень, взаєностосунків індивіда з соціальним середовищем та світом в цілому [16].

З вищесказаного можна зробити припущення про взаємовплив соціального оточення як необхідної передумови формування психологічних механізмів, з одного боку, та фізіологічного підґрунтя саме психічних механізмів (що є більш стійкою внутрішньою системою), з іншого боку.

С. Розум при аналізі психічних механізмів зазначав, що це психічні процеси, які забезпечують перетворення того, що сприймається суб'єктом, у його внутрішній зміст. А психологічний механізм – це психологічний процес, що діє в психологічному суб'єктивному просторі навіть тоді, коли виникають зовнішні форми взаємодії між суб'єктами, де активною стороною є агент соціалізації, наприклад, дорослий [245; с.265].

Психологічні механізми у теорії фізіології активності Н.Бернштейна, представника матеріалістичного напрямку психології, представлені як внутрішні програми, внаслідок реалізації яких організм перетворює середовище, реалізуючи свій основний зміст життя [25]. Зазначене положення, враховуючи активний зміст психологічних механізмів, може описувати психологічний механізм життєдіяльності організму.

В. Леонт'єв у своєму науковому дослідженні зазначає, що будь-який вид або тип активності людини збуджується за допомогою певних психологічних

механізмів. Він виокремлював адапційний механізм, що збуджує адаптаційну активність, поділив його на чотири типи, кожен із яких індукує свою форму, тип та вид адаптаційної активності.

Перший тип механізмів породжує адаптаційну активність без будь-яких невротичних розладів. Відзначаються лише незначні складності в концентрації уваги та стан психологічного дискомфорту. Другий тип механізмів породжує активність, форми якої (поведінка, діяльність) пов'язані з виразним синдромом психоемоційного напруження. Адаптаційний процес характеризується порушенням сну, емоційною нестриманістю, тривогою, проте емоційне напруження не переходить верхні межі норми. Третій тип механізмів збуджує адаптаційну активність з високим рівнем психоемоційного змісту досягнення результатів. У людини не спостерігаються хворобливі розлади, проте емоційне напруження заважає їй конструктивно виконувати завдання. Вона, зазвичай, застосовує агресію, регресію та фіксацію. Четвертий тип механізмів викликає сенсорну гіперстимуляцію, високе емоційне напруження з невротичними, а іноді і психосоматичними розладами. Адаптаційна активність характеризується низькими параметрами продуктивності та виконання завдань [144; с.42-43].

На думку Л. Кузнецової, представника соціального напрямку, основні механізми соціальної адаптації можна класифікувати на різному підґрунті: відповідно до форм їх прийняття суб'єктом адаптації та за застосованими в процесі адаптації засобами.

Механізми, які виокремлюються за формами їх прийняття суб'єктом адаптації, поділяються на добровільні та вимушені.

Добровільна адаптація виявляється в ситуації, коли нові умови життєдіяльності, що пропонуються суб'єкту середовищем, не суперечать його системі цінностей, переконанням та ідеалам і надають суб'єктові нові перспективи та можливості, саме тому приймається без спротиву навіть тоді, коли необхідно докласти певних зусиль. Складності, які виникають під час пізнання нових умов життєдіяльності, сприймаються суб'єктом як «складності

зростання», які потрібно подолати, щоб отримати бажане.

Добровільна соціальна адаптація характеризується такими особливостями: соціальне середовище, до якого потрібно адаптуватися суб'єкту, не заважає його життю та звичайній діяльності; сформовані у суб'єкта ціннісні установки, принципи, ідеали змінюються в нових умовах життєдіяльності без значного супротиву та напруги, оскільки він сам повірив або переконався в їх достовірності, на протигагу старим; вимоги соціального середовища, певним чином, коректуються так, що стають зрозумілими йому та досяжними .

Вимушена адаптація виникає у ситуації, під час якої характеристики та властивості нового для суб'єкта середовища життєдіяльності не відповідають та суперечать його ціннісним установкам, він не може не приймати цих характеристик. Оскільки вимушена адаптація, на відміну від добровільної, жорстко примушує людину приймати нові умови життєдіяльності. Не зробивши цього, вона не зможе не лише знайти нову для себе соціальну ланку та нові можливості самореалізації, але й втратить сформовані [135, с. 41].

У залежності від застосованих у процесі соціальної адаптації засобів, Л.Кузнєцова виділяє такі групи механізмів:

1. Психічні механізми, спрямовані на формування та розвиток психіки суб'єкта, вплив на нього різних факторів соціального середовища та пристосування психічного змісту індивіда до запитів соціального середовища. До цієї групи механізмів соціальної адаптації можна віднести механізми психічного захисту, психічної травми, психічного і психологічного навіювання та інше.

2. Соціально-психологічні механізми, призначені для пристосування індивіда до середовища через їх засвоєння різними способами. До зазначеної групи належать:

а) когнітивні механізми – пристосування до середовища через його дослідження, вивчення та пізнання. До них належать механізми уяви, мислення, пізнавальної діяльності;

б) емоційні механізми дозволяють суб'єкту пристосуватися до середовища через ті емоційні стани, які воно викликає. Емоційні переживання індивіда в новому для нього середовищі життєдіяльності стають підґрунтям для прийняття ним відповідних рішень стосовно найбільш адекватних середовищу форм поведінки та діяльності. До зазначених механізмів соціальної адаптації можна віднести такі, як страх, стурбованість, тривогу, спокій та інші;

в) поведінкові механізми – це вибір та реалізація суб'єктом у новій для нього ситуації певної моделі поведінки та діяльності.

3. Соціальні механізми – це найбільш значущі елементи цієї групи феноменів. До них належать:

а) механізм соціальної діяльності - універсальний механізм соціальної адаптації, у процесі якого здійснюється приєднання суб'єкта до нової системи соціальних відносин, норм та цінностей. У межах соціальної діяльності суб'єкт здобуває нові соціальні статуси та ролі, що дозволяє йому доєднатися до нового соціального середовища;

б) механізм соціального спілкування дозволяє суб'єкту вдосконалити власні навички спілкування та набути нових, розширити соціальне середовище власної життєдіяльності, оволодіти новими соціальними нормами та цінностями.

Зовнішньою формою адаптаційних процесів, що є індикатором успішності перебігу в кожному окремому випадку, є адаптаційна поведінка – процес взаємодії суб'єкта та соціального середовища, під час якого погоджуються взаємні вимоги та очікування і реалізуються певні механізми соціальної адаптації [135, с. 42].

Проблема психологічних механізмів адаптації особистості до нових умов розкривається в межах особистісно-орієнтованого підходу в наукових роботах С. Максименка, до зазначених механізмів він відносить: рефлексію, емпатію, прийом зворотнього зв'язку. Механізми пристосування, що виникають у процесі адаптування, постійно актуалізуються і використовуються у схожих ситуаціях, змінюються в структурі особистості і стають підструктурами її характеру [2; с.3].

На думку С. Розума, Л. Обухова та І. Шаповаленко, найважливіший психологічний механізм соціалізації – це імітація [191; 245, с.265].

Г. Тард стверджував, що імітація є універсальним законом суспільного життя [282]. Д. Уотсон та Е. Торндайк в межах біхевіористичного напрямку розглядали імітацію як одиничний випадок умовнорефлекторної поведінки [289]. Д. Болдуїн визначав імітацію як повторення думки, поведінки або ж того та іншого, як відтворення копії, внаслідок чого формується здатність до життя в суспільстві та відчуття власної індивідуальності.

Психологічну концепцію імітації в межах когнітивного напрямку запропонував Ж. Піаже. Відповідно до запропонованої концепції, імітація – основний механізм формування психічних образів та символічного, репрезентативного мислення. Імітація – це форма адаптації інтелектуальних структур, при яких акомодация (тобто уподібнення внутрішніх структур структурі об'єкта) домінує над асиміляцією (уподібненням структури об'єкта вже заготовленим внутрішнім схемам). Висхідною точкою пізнання є дія, в структурі якої імітується структура об'єкта та його рухи. Наприклад, коли дитина охоплює руками м'яч або відкриває та закриває рот, при відкритті та закритті коробки, то вона своїми діями відтворює форму та дію об'єкта. Внаслідок багаторазових повторень у її суб'єктивному просторі формується психічний образ об'єкта, тобто психічний образ – це продукт довготривалого розвитку та перетворення імітаційної дії [207].

З переходом до понятійного інтелекту (у віці 2-7 років) вже внутрішній образ передуює імітації, що дозволяє дитині автоматично відтворювати всі ті моделі, які привернули увагу.

Імітація стає усвідомленою та довільною лише при появі здібності до рефлексії, що з'являється на стадії формальних операцій. У дітей найважливішими зразками для імітації стають близькі дорослі та однолітки. Необхідною умовою для імітації є авторитет дорослого. З більшою вірогідністю діти імітують людей, що володіють престижним положенням, владою, є освіченими, компетентними. Також велике значення мають стать, вік, етнічна

приналежність та позитивні емоційні ставлення. Важливими є особливості взаємин між дитиною та дорослим. Необхідна умова імітації – це довірливі емоційні стосунки. Страх, пересторога, недовіра до дорослого можуть загальмувати розвиток імітаційних дій. Важливим аспектом є наявність у дитини «ділових» мотивів спілкування та ставлення до дорослого як до керівника та експерта її власних умінь та знань [245; с.266].

А. Мудрик, Л. Обухов, І. Шаповаленко досліджували у своїх працях механізм ідентифікації. Ідентифікація з іншою людиною - це складний психологічний процес, що розвертається в субпросторі дитини. До того часу, коли з'являється здібність до ідентифікації, дитина має навчитися: виокремлювати себе з навколишнього світу, відрізнити людей від інших об'єктів середовища та виокремлювати їх в окрему категорію; розуміти характерні людські якості шляхом спостереження за поведінкою інших та співставлення зі своїми переживаннями в подібних ситуаціях; класифікувати свої переживання за допомогою мовлення та визначати мотиви поведінки інших людей, тобто поняття Я та інший – це соціальні поняття і виникають внаслідок ідентифікації [179; 191].

На думку Н. Ньюкомба, діти краще ідентифікують себе з батьками, які демонструють теплі стосунки та ставлення до дитини, ніж з «холодними» батьками [189].

Важливими психологічними механізмами соціалізації є підкріплення та покарання, які можна об'єднати в одному понятті – підкріплення (зазначили у науковій праці Д. Зіглер та Л. Хьелл, описуючи теорію Б. Скінера [317]). Воно має сигнальний характер, тому діє в конкретних ситуаціях, підкріплення впливає на перебудову психологічного концепту ситуації. Підкріплення має символічний або знаковий характер, тому його ефективність залежить від сформованості у дитини його значення, воно може впливати і за межами ситуації. Внаслідок знакового змісту, підкріплення може актуалізувати у свідомості суб'єкта ситуацію, яка вже відбулася, та змінювати її значення на логічному рівні.

Д. Ельконін відзначав дитячу гру як один з найважливіших механізмів соціалізації [371]. Гра - одна з найважливіших форм передачі досвіду, в ній формуються: ініціатива, вміння підпорядковуватися правилам, вміння заслуговувати повагу групи та поважати її закони, вміння бути самостійним та контролювати свою поведінку.

На етапі маніпулятивної дії з об'єктом у процесі гри формуються психологічні концепти: перцептивні образи, утворюються сенсомоторні схеми та емоційне ставлення до об'єктів (іноді утворюються фіксації, які важко змінити). На стадії предметних дій, у процесі гри під керівництвом дорослого відбувається формування культурнообумовлених психологічних концептів, які за допомогою знаків узагальнюються в категорії та в подальшому перетворюються в істинне значення знака. На етапі засвоєння соціальних ролей, що забезпечує взаємодію з іншими людьми, важливе значення займає сюжетно-рольова гра. Кожен із зазначених етапів не має чітко визначених меж, кожен попередній етап зрощується з наступним, а також може при цьому зрощуванні здійснюватися паралельно.

Т. Парсонс виокремлював три основних види механізмів соціалізації індивіда: пізнавальні механізми (до пізнавальних механізмів соціалізації належать імітація та психічна ідентифікація, які ґрунтуються на почуттях поваги та любові); захисні механізми, за допомогою яких приймаються рішення в тих ситуаціях, у яких між потребами особистості виникають конфлікти (служують для розв'язання внутрішніх конфліктів особистості, а функцією механізмів незахисної адаптації є вирішення зовнішніх конфліктів); механізми пристосування, які тісно пов'язані з захисними механізмами (вони сублімують ті конфлікти, які пов'язані з зовнішніми об'єктами, що призводить до інтеріоризації елементів соціального контролю) [233, с.682].

При описі таких складових пізнавального механізму, як імітація та психічна ідентифікація Т. Парсонс зазначав, що для їхнього формування необхідними передумовами є не лише почуття поваги та любові, але й установка до соціалізації та встановлення безпосередніх стосунків. Зазначені

стосунки можуть визначатися в таких діях, як поради та вказівки батьків й учителів. Інтеріоризуючи ці вказівки та очікування, соціалізовувана особистість набуває індивідуальної моральності. Якщо ідентифікація захисна, то в критичній ситуації може виникнути, наприклад, ідентифікація з агресором.

Научіння, що входить до компонентного складу пізнавальних психологічних механізмів, відповідно до концепції Т. Парсонса, можна представити за допомогою «катетично-оцінних» механізмів соціалізації:

1) підкріплення-згасання, які засновані на принципі задоволення-страждання, цей принцип здійснюється у вигляді застосування винагороди та покарання;

2) гальмування, який уподібнюється механізму витіснення;

3) субституція (заміщення), різновидами якого є перенос (трансфер) та переміщення [233, с.37].

Особистість, на думку Т. Парсонса [397], завдяки научінню постійно знаходиться у стані змін, проте її врівноважений стан зберігається внаслідок діяльності механізмів адаптації та захисту, які контролюють ці зміни.

У процесі соціалізації особистості, окрім пізнавальних механізмів, важливу роль відіграють психічні механізми адаптації. У зрілої особистості переважно сформовані адаптивні механізми, їх комплекси та стратегії використання. Під час виникнення фрустраційних ситуацій реакції зрілої особистості неспонтанні та неорганізовані, як у дітей, а відтворюються стійкі адаптивні стратегії або ж вступають у дію захисні механізми [397].

Механізми адаптації сублімують (не в захисному значенні) ті конфлікти, які пов'язані з зовнішніми об'єктами. Зазначена адаптація призводить до інтеріоризації елементів соціального контролю, який у цьому значенні спільний за значенням із «Над-Я» (за теорією З.Фрейда, вимогами, які ставить соціальне середовище). На думку Т. Парсонса, «класичні» захисні механізми (фрейдівські динамізми) слугують для розв'язання внутрішніх конфліктів особистості, а функцією механізмів незахисної адаптації є вирішення зовнішніх конфліктів.

Захисні механізми як схеми психічних дій, що призводять до певного рівня та форми адаптованості особистості, розв'язують фрустраційну ситуацію. Відкриття та опис зазначених динамічних утворень належить представникам психоаналітичного напрямку - О.Феніхелю, А.Фрейд, З.Фрейду та іншим науковцям. Дослідження захисних механізмів у контексті соціально-психологічної адаптації дозволило розкрити їх властивості та визначити нові види механізмів з подібними функціями. Процес їх використання називається адаптивно-захисним або захисним. Захисні механізми починають функціонувати одночасно з актуалізацією безпосередніх реакцій на дію фрустраційних ситуацій, проте, зазвичай, використовуються в більш тривалих адаптивних процесах [296; 304; 305].

Теоретичне обґрунтування природи та специфіки захисних механізмів розкривається в роботах багатьох науковців. Так, Ф. Бассін [22] зазначає, що класифікація різновидів психічного захисту відбувається відповідно до процесу психологічної переробки високоемоційного переживання. Інших поглядів дотримується Т. Яценко, яка вважає, що психологічний захист порушує загальну захищеність «Я», тому що віддаляє суб'єкта від реальності, спотворюючи причину конфлікту [378; 379].

У більшості наукових підходів до зазначеної проблеми всі захисні механізми мають такі характеристики: 1) дія механізмів відбувається на несвідомому рівні, що представляє їх дію як засіб самообману; 2) зазначені механізми спотворюють, заперечують або фальсифікують сприйняття реальності задля зменшення тривоги, що подає її у менш загрозливій для індивіда позиції. Зазвичай, люди застосовують різні механізми захисту для розв'язання конфлікту або зменшення тривоги, причому не застосовують єдиний захисний механізм [184; 250; 390, с.129; 324].

Відповідно до наукових концепцій А. Налчаджяна, Р. Плутчіка, О. Феніхеля, А. Фрейд, З. Фрейда [185; 186; 296; 304; 305; 399] та інших науковців, найпоширенішими різновидами психологічного захисту є:

Витіснення – процес видалення зі свідомості думок та почуттів, що спричинюють страждання. В результаті дії витіснення людина не усвідомлює власних конфліктів, які викликають тривогу, та не пам'ятає травматичних подій минулого. Витіснені думки та імпульси не втрачають своєї активності в несвідомому, для попередження їх проривання потрібно постійно витратити психічну енергію, що перешкоджає використанню енергії для адаптивної, спрямованої на власний розвиток та діяльність, творчої поведінки. Також витіснення впливає на утворення невротичної поведінки, психосоматичних захворювань, психосексуальних порушень. Витіснення найбільш поширений захисний механізм.

Проекція – процес, під час якого людина наділяє власними неприйнятними думками, почуттями та поведінкою інших людей або оточення, тобто проекція дозволяє перенаправляти провину за власні недоліки та невдачі на когось іншого.

Заміщення – процес переспрямування загрозливого імпульсу від більш загрозливого об'єкта або особистості до менш загрозливого.

Раціоналізація - процес хибної аргументації, при якому ірраціональна поведінка представлена таким чином, що виглядає адекватною і тому виправдана перед оточенням.

Реактивне утворення – процес, який реалізується двостадійно: неприйнятний імпульс придушується, потім на рівні свідомості з'являється протилежний.

Регресія – процес повернення до незрілих, дитячих моделей поведінки. Тривога пом'якшується за рахунок повернення до ранніх періодів життя, більш безпечних та приємних.

Заперечення – відмова людини визнавати те, що відбулася неприємна подія.

Сублімація – захисний механізм, який дає можливість людині з метою адаптації змінити свої імпульси таким чином, щоб їх можна було виразити за допомогою соціально значущих думок та дій. Сублімація розглядалася З. Фрейдом як єдина здорова, конструктивна стратегія подолання неприємних

імпульсів, тому що вона дозволяє змінити мету та об'єкт імпульсів без утримання їх прояву. Енергія інстинктів спрямовується на інші канали вираження – суспільно погоджені.

Для створення захисту від внутрішньої та зовнішньої загрози використовується психологічна енергія, внаслідок чого обмежується гнучкість Его. Чим ефективніше діють захисні механізми, тим більш спотворену картину людських потреб, страхів та прагнень вони утворюють. Основа психологічних проблем, на думку З. Фрейда, – це коли способи захисту, за винятком сублимації, призводять до викривлення реальності.

Експериментальні дослідження Р. Баркера, Т. Дембо, К. Левіна вказують на те, що незалежно від різних фрустраційних ситуацій (блокування цілеспрямованої діяльності, внутрішніх конфліктів та інших) люди відповідають на них характерними способами поведінки: руховим збудженням та напругою, безпосередньою агресивною відповіддю на вплив фрустратора, апатією, психічною регресією, активізацією фантазій, стереотипами [138]. Зазначені поведінкові реакції виконують функцію психологічного захисту.

Агресивні дії, на думку Дж.Долларда, у людини виникають у тому випадку, коли або вона або її соціальна група сильно фрустровані. Агресія – це дія або система дій людини, джерелом яких є мотив завдання шкоди кому-небудь або чому-небудь. Наявність зазначеного мотиву психологічно кваліфікує дії людини як агресивні [392].

Пряма агресія виражається у діях, спрямованих на джерело фрустрації. В сучасному суспільстві відкрита агресія є незадовільним способом адаптації до навколишнього середовища. Вона тимчасово може знімати напруження, яке викликає дія фрустраторів, проте, зазвичай, викликає спалах відповідної агресії та перетворює соціальне середовище на ще більш фрустраційну ситуацію життєдіяльності. Повторювальні агресивні дії, які мають внутрішню мотивацію та супроводжуються відповідними емоціями (гнів, тривога, ненависть, презирство та інші), можуть привести до закріплення в структурі особистості агресивності як стійкої риси характеру [186, с.158].

П. Блос у своїй науковій праці зазначав, що агресія вважається конструктивною, якщо вона виконує захистну функцію психіки [28].

Переміщення агресії виникає в тих ситуаціях, у яких людина, переживаючи неприємні почуття у фрустраційних ситуаціях, не може виразити агресію фрустратору, внаслідок чого відбувається процес заміщення об'єкта агресії. В якості нового об'єкта або мішені, зазвичай, вибираються ті, хто не має ніякого відношення до фрустрації, невинні та нездатні до задовільного самозахисту.

Механізм переміщення агресії відіграє роль і на найбільш високому соціальному рівні та є причиною соціальної несправедливості, геноциду та інших аморальних явищ у взаємостосунках соціальних та етнічних груп [186, с.159].

Іншими видами переміщеної агресії є спрямовування агресії на власну особистість та вільно плаваючий гнів, під дією якого навіть нейтральні ситуації сприймаються як фрустраційні. Надмірна агресивність людей призводить до їх відчуження.

Агресія, спрямована на власну особистість, у поведінці та пізнавальній діяльності виражається у формі самозвинувачення, самоприниження, в крайньому випадку, у вигляді суїцидних роздумів або реальних спроб самогубства. Сильна агресія по відношенню до себе супроводжується комплексом неповноцінності, низьким рівнем власної гідності. Проте в особливих випадках людина, на думку А. Налчаджяна, здійснює самогубство для збереження власної гідності (наприклад, воїн у полоні, що не захотів терпіти приниження) [186].

Ідентифікація з агресором – адаптивно-захисний комплекс, який включає в себе механізми агресії та інтродекції (включення в свою особистість якостей іншого). Знаходячись у загрозливому становищі фрустрованості, людина захищає свою особистість та високу самооцінку тим, що включає в її структуру досягнення та силу фруструючих її людей і груп [186, с.160].

Вважається, що схильність відповідати на впливи фрустраційних ситуацій агресивно або байдуже залежить від наuczіння (А. Бандура [20]). Якщо дитина у

фрустраційній ситуації діє агресивно і не досягає свого, то закріплюється реакція байдужості та відходу від фрустраційної ситуації.

Регресія психічної активності та поведінки полягає в поверненні до більш простих їх форм, які були притаманні для попередніх етапів онтогенетичного розвитку. Важливе значення має група психічних факторів, які створюють особистісну готовність до регресії [317, с.129]. На думку представників психоаналізу, провідне місце в механізмі регресії має період фрустрації, саме до зони набутої травми в дитячому віці регресує (демонструє форми дитячої поведінки або світосприйняття) людина [324].

Спостереження І.Дженіса показали, що мислення фрустрованої людини набуває нереалістичних рис, з'являються прості форми магічного мислення, людина стає забобонною.

У проблемних фрустраційних ситуаціях внаслідок заблокування цілеспрямованої діяльності особистості процеси реалізації мотивів переносяться у внутрішній план, будуються картини задоволення придушених потреб. Фантазії в цьому значенні відіграють важливу адаптивно-захисну функцію.

Поведінка людини або тварини стає стереотипною, коли з'являється тенденція незмінного повторення ланцюга певних дій як зовнішніх, предметних, так і внутрішніх. Фіксація поведінки відбувається тоді, коли фрустраційні ситуації повторюються [186, с.152].

Тобто, людина у процесі адаптації до соціального середовища застосовує психологічні механізми. Пріоритети вибору психологічних механізмів (внутрішньо психічні механізми або поведінкові реакції) залежать від причини фрустраційної ситуації, а також від попереднього досвіду та розумового розвитку людини.

На думку К. Хорні, в дитячому віці для того, щоб подолати базисну тривогу, що утворюється на ґрунті самотності, безпорадності та покинутості в ворожому середовищі, людина застосовує захисні стратегії (невротичні потреби або невротичні тенденції). Науковець зазначені механізми об'єднала в механізми (стратегії) оптимізації міжособистісних стосунків, метою яких є досягнення

почуття безпеки в навколишньому світі. Їх дія полягає у зниженні тривоги та в досягненні більшою або меншою мірою задоволеності життям. Кожній стратегії відповідає орієнтація у стосунках з іншими людьми: орієнтація на людей (поступливий тип), орієнтація від людей (відособлений тип), орієнтація проти людей (ворожий тип) [312; 313].

Орієнтація на людей – це такий тип взаємодії, який характеризується залежністю, нерішучістю, безпорадністю.

Орієнтація від людей – це стратегія оптимізації міжособистісних взаємин, яка спостерігається у тих людей, які втрачають зацікавленість у людях та ведуть байдуже життя, їм притаманне прагнення до усамітнення, незалежності та самодостатності.

Орієнтація проти людей – це такий стиль поведінки, для якого характерне домінування, ворожість та експлуатація. Люди з таким стилем поведінки вважають, що інші люди – агресивні, а життя – це боротьба проти всіх.

Зазначені стратегії притаманні всім людям, проте здоровим людям притаманна гнучкість, а невротична особистість не може зробити вибору між зазначеними трьома стратегіями, її поведінка негнучка, вона не може ефективно вирішувати життєві проблеми [312; 313].

Враховуючи те, що у наукових дослідженнях, що описують специфіку психологічних механізмів, введено як окремий підвид – психічні механізми захисту (Т. Парсонс, А. Налчаджян, Л. Кузнецова), зазначено вагомість їх впливу на соціальну адаптацію особистості зокрема, було висунуте наукове припущення щодо вагомості їх впливу та приналежності до компонентного складу психологічних механізмів.

Копінг-механізми (механізми подолання) визначають успішну або неуспішну адаптацію людини. Р. Лазарус визначав копінг-механізми як стратегії, які застосовуються людиною в ситуації психологічної загрози, зокрема в ситуації пристосування до хвороби як загрози фізичному, соціальному і особистісному добробуту[136].

Р. Лазарус та С.Фолкман описали у своїх наукових працях базисні копінг-стратегії: «вирішення проблем», «пошук соціальної підтримки», «уникання» та базисні копінг-ресурси: Я-концепція, локус-контроль, емпатія, афіліація та когнітивні ресурси. Копінг-стратегія вирішення проблем - здатність людини визначати проблему і знаходити альтернативні рішення, ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями, тим самим сприяти збереженню як психічного, так і фізичного здоров'я. Копінг-стратегія пошуку соціальної підтримки дозволяє за допомогою актуальних когнітивних, емоційних і поведінкових відповідей успішно впоратися зі стресовою ситуацією. Копінг-стратегія уникнення дозволяє особистості зменшити емоційну напругу, емоційний компонент дистресу до зміни самої ситуації. Активне використання індивідом копінг-стратегії уникнення можна розглядати, як переважання в поведінці мотивації уникнення невдачі над мотивацією досягнення успіху, а також як сигнал про можливі внутрішньоособистісні конфлікти [388; 389].

С.Корсун, Т.Ткачук, Е.Хейм та інші описують копінг-механізми та їх функціонування у процесі соціальної адаптації особистості. Науковці виокремлюють: когнітивні, емоційні та поведінкові механізми. Кожен із вищезазначених механізмів має біполярний потенціал, до складу якого входять адаптивний та дезадаптивний полюси функціонування [225; 393].

До складу когнітивного механізму, на думку Е.Хейма, належать: адаптивні стратегії - форми поведінки, спрямовані на аналіз труднощів, що виникають, та можливі шляхи їх подолання, зокрема підвищення самооцінки та сомоконтролю, усвідомлення власної цінності як особистості, віра у власні ресурси долати складних ситуацій; неадаптивні – пасивні форми поведінки з відмовою долати перешкоди, зневіра у власних силах та інтелектуальному потенціалі, навмисна недооцінка ситуації [393].

Адаптивні стратегії емоційного механізму характеризуються емоційним станом з активним протестом по відношенню до труднощів та впевненістю в існуванні вирішення будь-якої, навіть складної, ситуації. До неадаптивних стратегій зазначеного механізму належить поведінка з пригніченим емоційним

станом, станом безнадії, піддатливості, а також переживання злості та провини, що покладається на себе та на інших, у цілому переважає відсутність позитивних переживань.

До складу поведінкового механізму належать адаптивні стратегії, у здійсненні яких поведінка особистості спрямована на співпрацю з досвідченими людьми або пошуку підтримки в найближчому соціальному середовищі, адаптивною стратегією є також надання оточуючим допомоги в подоланні труднощів. Неадаптивна стратегія поведінкового механізму проявляється у поведінці, що включає в себе уникання думок про неприємності, пасивність, усамітненість, спокій, ізоляцію, прагнення уникати активних інтерперсональних контактів, відмову від вирішення проблем.

Враховуючи комплексний та міждисциплінарний характер проблеми психологічних механізмів соціальної адаптації особистості, за результатами теоретичного узагальнення проблеми було виокремлено типологію зазначеного феномену. Із загальної наукової траєкторії дослідження було виокремлено поняття психічних та психологічних механізмів.

Психічні механізми – це стійкі утворення, що за своїм значенням є фізіологічним підґрунтям саме психологічного механізму; зазначені механізми взаємопов'язані, проте саме дисфункція психічних механізмів призводить до розпаду психологічних механізмів, зокрема соціальної адаптації; зазначені дисфункції переважно для відновлення або заміни втраченої функції задіюють компенсаторні механізми, підсилюючи дію збережених функцій для підтримання життєдіяльності організму.

Психологічні механізми розглядаються як закріплені у психічній організації особистості функціональні способи перетворення, внаслідок яких виникають різноманітні психологічні новоутворення, підвищується або знижується рівень організованості особистісної системи, змінюється функціонування; як психологічний процес, що діє в психологічному, суб'єктивному просторі навіть тоді, коли виникають зовнішні форми взаємодії

між суб'єктами, де активною стороною є агент соціалізації; як внутрішні програми, за допомогою яких організм перетворює середовище.

Несприятливі впливи зовнішнього середовища та ускладнені у своєму формуванні внутрішні особистісні чинники стимулюють вироблення відповідних адаптивних або ж дезадаптивних стратегій психологічних механізмів соціальної адаптації особистості.

2.2. Я-концепція особистості молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату як стрижневе утворення психологічних механізмів соціальної адаптації

Для дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату важливо визначити їх психологічну основоположну похідну. Системною соціальною якістю, якої набуває індивід у предметній діяльності та спілкуванні, що характеризує рівень і якість вияву в нього суспільних відносин, є особистість [219, с.236].

Особистість формується у процесі спільної діяльності та спілкування в соціокультурному середовищі. У гуманістичних, філософських та психологічних концепціях особистість – це людина як цінність, заради якої здійснюється розвиток суспільства.

На думку Дж. Міда, становлення індивіда відбувається під дією соціальних відносин. Первинні біологічні потяги немовляти зазнають впливу людських взаємин та власних форм активності, що у вигляді певних установок і дій формують свідомість. Відповідно до очікувань соціального середовища формується поведінка. У концепції Дж. Міда описана структура «Я-дзеркало», яку він трактує як рефлекс образів поведінки інших людей. За роллю, яка визначається іншими, в яку індивід включає себе як актор, виявляються форми поведінки і установки, характерні для соціальної групи. Ось чому основи соціальної еволюції є основами розвитку систем символізації та комунікації.

Свідомість особистості знаходить цілковитий вияв усередині символічної системи установок соціальної групи як цілого [174].

Е. Еріксон розробив епігенетичну теорію розвитку особистості, відповідно до якої розвиток особистості визначається соціальним світом. На його думку, ідентичність особистості – це центральна властивість людини, що сигналізує про нерозривний зв'язок із соціальним світом, виявляється у зосередженості людини на собі, в ототожненні її із соціальною групою та оточенням, у визначенні цінності людини та її соціальної ролі [372; 387].

З позиції біхевіоризму, особистість – організована і відносно стійка система навичок. Навички становлять основу щодо стійкої поведінки, а зміна ситуації зумовлює формування нових навичок. Тобто особистість – це істота, яка реагує і діє, яку запрограмовано на ті або інші реакції, дії, поведінку [1; с.56].

Когнітивні теорії особистості виходять із розуміння людини як «розумної, аналізуючої», оскільки людина перебуває у світі інформації, яку треба зрозуміти, оцінити, використати. Учинок людини містить три компоненти: 1) саму дію, 2) думки, 3) відчуття, які вона переживає, виконуючи певні дії [44; с.58].

На думку Г. Костюка, розвиток особистості – це її історія, у якій попередні ступені внутрішньо пов'язані з наступними. Кожний ступінь – це особливий стан її процесів і властивостей зі сформованою структурою. Розвиток, відповідно до зазначеної концепції, – це перехід з одного стану в інший; перетворення станів живої системи, в якій те, що було, не зникає безслідно, а якоюсь мірою зберігається і продовжує діяти. Г. Костюк зазначав, що особистість розвивається завжди як індивідуальність з неповторною своєрідністю. Віковий і диференціальний аспекти онтогенетичного розвитку людської психіки пов'язані між собою.

У самому процесі розвитку Г. Костюк показує типологічні та індивідуальні відмінності. Вони виявляються у функціональних особливостях нервової системи, у розумових, емоційних, моральних, вольових якостях, у потребах, інтересах, здібностях, характерологічних рисах людей. У процесі розвитку складається неповторна індивідуальна своєрідність особистості [129; 130].

Відповідно до наукового підходу В. Роменця, головна особистісна функція— олюднення субстанції, надання матеріальному і духовному світові індивідуально забарвленого обличчя. Зміст поняття «особистість» вбирає в себе все те, що кожна конкретна індивідуальність уже встигла засвоїти, інтеріоризувати, привласнити, а саме: знання, уявлення, усвідомлені закони. Але особистість має також потребу тягнутися до незнаного, таємного, небезпечного, розкривати себе у взаємодії з універсумом, макрокосмосом [251, с.15].

В. Бех визначає поняття особистості як системну властивість людського організму, провідною функцією якої є породження, підтримка у певних межах основних характеристик суб'єктивного потенційного соціального світу з наступним трансформуванням його у нову якість – об'єктивну соціальну природу для того, щоб універсум мав змогу вільно перетікати із одної фази саморуху в іншу [26].

Особистість формується лише за умови виникнення свідомості та самосвідомості [219, с.236]. М. Савчин визначає самосвідомість як центр внутрішнього світу людини, що виявляється у пізнанні нею себе у світі, самопізнанні, сприйнятті численних образів себе у найрізноманітніших життєвих ситуаціях, соціальній взаємодії, індивідуальній і спільній діяльності. На етапі ранньої дорослості ці уявлення (когніції) поєднуються у цілісне, узагальнене уявлення про себе – бачення себе у контексті життєдіяльності, бачення вічних і перехідних цінностей [256].

Як активне начало, Я особистості об'єднує всі її життєві вияви, дає змогу дивитися на себе зсередини, спостерігати за собою, усвідомлювати і змінювати себе, регулювати свою життєдіяльність та виходити за межі внутрішнього світу, щоб збагнути свою глибинну суть, цінності, об'єднати своє минуле, теперішнє і майбутнє в одному моменті.

Я є найвищою концентрацією суб'єктивності (індивідуальності, глибинної неповторності) та суб'єктивності (зовнішньої і внутрішньої активності, духовного споглядання) людини, в якій утілюються всі відчуття: від актуальних ситуативних станів до визначальних учинків, фундаментальних життєвих

рішень, переживань власної цінності й нероздільності свого часу та вічності. На основі цього в особистості виникає цілісне уявлення про себе – Я-концепція [256].

Більшість уявлень людини про себе в дорослому віці ґрунтується на оцінному процесі, який полягає у тому, що людина оцінює позитивно, прагне відчувати ті переживання, які її розвивають або не завдають шкоди, і оцінює негативно чи уникає тих, що, на її думку, шкодять її збереженню або розвитку. Цей процес пов'язаний з тенденцією актуалізації сутнісних сил особистості. Отже, розвиток Я-концепції залежить від самоактуалізації особистості (бажання людини розвиватися).

У дорослої особистості взаємозв'язок самоактуалізації і Я-концепції контролюється прийнятими нею соціальними і моральними принципами, ідеалами, нормами, духовними цінностями. Відповідно до прийнятих у певних соціальних групах критеріїв оцінювання, котрі інтеріоризує особистість, у неї виникають різноманітні уявлення щодо особистої спрямованості і способів самоактуалізації та самовираження.

Особистий досвід не завжди узгоджується з Я-концепцією, оскільки сприймається як загроза їй. Залежно від ступеня загрози, яку таїть у собі досвід, людина може захищати власну Я-концепцію.

Важливе місце в сучасній науці належать науковим концепціям Р. Бернса, І. Беха, І. Кона, К. Роджерса, А. Фурмана та інших, які зазначали, що Я-концепція є стрижневим утворенням онтогенетичного розвитку і характеризує не тільки систему самопізнання, а й потенційного діяння, вчинкового проживання і творення довкілля та власного Я [24; 26; 120; 243; 309].

Варто зауважити, що Я-концепція не лише входить до складу особистості, а є її ядром (центральною особистісним конструктом).

Відповідно до концепції У. Джеймса, Я - структура складається з Я - пізнавального (потіку усвідомленої думки) та Я - емпіричного (того, що людина може назвати своїм, включаючи не тільки власне тіло та психічні сили, але і все, що належить їй : одяг, дім, сім'ю, батьків, друзів, репутацію) [80].

Емпіричне Я У. Джеймс, у свою чергу, ділить на три компоненти: “матеріальне Я” - тіло, одяг, власність; “соціальне Я” - те, якою визнають дану людину оточуючі (кожна людина має стільки різних “соціальних Я”, скільки існує груп, про думку яких вона турбується); “духовне Я” - сукупність психічних здібностей і схильностей. Відповідно до теорії У. Джеймса, самооцінка залежить від того, ким людина хоче стати, яке становище хотіла б зайняти в цьому світі [80]. Людям властиво максимально розвивати можливості свого Я, але обмеженість здібностей людини, обмеженість її існування в просторі та в часі змушує кожного підходити реалістично - вибирати лише окремі аспекти розвитку особистості і ставити по відношенню до них кінцеві цілі, з досягненнями яких вона пов’язує свій життєвий успіх. Отже, самооцінка вираховується відносно до рівня домагань: вона підвищується, якщо цілі реалізуються, і знижується, якщо людині не вдається їх реалізувати.

Якщо людина у своїй діяльності неуспішна, то перед нею відкривається кілька можливостей: а) пояснити свої поразки, використавши раціоналізацію; б) понизити рівень домагань; в) зайнятися іншою діяльністю, яка принесе більший успіх.

У рамках символічного інтеракціоналізму (Дж. Мід) розглядаються проблеми становлення соціального Я індивіда, аналізуються специфіка цієї соціальної ролі, стійкі стереотипи поведінки самих індивідів і відношення до них соціального оточення. Дж. Мід вважав, що самовизначення людини, як носія тієї чи іншої ролі, відбувається шляхом усвідомлення і прийняття тих уявлень, які є в інших людей стосовно даної людини. Внаслідок цього у свідомості людини виникає те, що Дж. Мід назвав терміном “Мі”, мається на увазі узагальнена оцінка індивіда іншими людьми, тобто “узагальненим іншим, як виглядає в очах інших” [174; 177].

Головні елементи самовизначення виявляються через: образ нашого образу в уявленні іншої людини; судження іншої людини про наш вигляд; самопочуття (наприклад, гордість чи приниження), сприйняту нами реакцію інших.

Самість, або Я-концепція (в теорії К.Роджерса ці терміни взаємозамінні), – організований, послідовний концептуальний гештальт, складений із сприйнятих властивостей та сприйнятих взаємостосунків Я з іншими людьми, з різними аспектами життя, а також цінності, пов'язані з цими сприйняттями.

К. Роджерс у своїх положеннях зазначав, що Я у процесі формування регулюється виключно оцінювальним процесом. Тобто немовля або дитина оцінюють кожне нове переживання з позиції того, чи сприяє воно або ж перешкоджає вродженій тенденції актуалізації. Організмичний оцінний процес є контрольною системою, яка сприяє правильному задоволенню потреб немовляти. У подальшому структура Я формується через взаємодію з оточенням, передусім, з значимими людьми (батьками, братами, сестрами, іншими родичами). У процесі соціального розвитку дитини розвиваються її когнітивні та перцептивні здібності, Я-концепція більше диференціюється та ускладнюється. Тобто зміст Я-концепції є продуктом процесу соціалізації. З процесу соціалізації виникають і умови формування Я-концепції, а саме: потреба в позитивній увазі (задоволення при похвалі та фрустрація при незадоволенні), умови цінності (уточнені обставини, при яких дитина буде переживати позитивну увагу), безумовна позитивна увага (коли людину приймають та поважають за те, якою вона є, без будь-яких умов), переживання загрози (коли людина усвідомлює невідповідність Я-концепції якимось аспектам актуального переживання) та процес захисту (поведінкова реакція організму на загрозу, головна мета якої – зберегти цілісність Я-структури), механізми захисту (викривлення сприйняття та заперечення), психічні розлади та патологія (з'являються тоді, коли Я не може захистити себе від тиску загрозливих переживань, захисти людини перестають адекватно спрацьовувати і раніше цілісна структура Я починає руйнуватися) [243].

Повноцінно функціональна людина, за К.Роджерсом, використовує свої здібності та талант, реалізовує свій потенціал і рухається до повного пізнання себе та сфери своїх переживань [317, с.549-550].

Людина мріє, бачить себе в різних ролях (Я. Морено, К. Роджерс), перелік яких може бути нескінченним і різноманітним, усередині неї постійно відбувається складна та інтенсивна робота щодо зіставлення себе із зовнішнім світом. Зазначений погляд на себе – це так зване Я - фантастичне. Але свої мрії, здібності та можливості їхньої реалізації необхідно погоджувати з Я - реальним. Саме Я -реальне відправна точка всіх планів людини [178; 243].

В епігенетичній концепції Е. Еріксон розглядає становлення особистості: Я - ідентичності (Его–ідентичності) через призму соціокультурного контексту. Характер Я-ідентичності визначається особливостями культури і можливостями даного індивіда. Оскільки Я-ідентичність формується у процесі взаємодії індивіда з соціокультурним оточенням, то вона має психосоціальну природу [372, с. 354].

Дана концепція розглядає психосоціальний розвиток людини впродовж усього життєвого циклу, представленого вісьма послідовними стадіями психосоціального становлення індивіда, що характеризуються специфічними завданнями.

Варто зауважити, що формування Я-концепції відбувається на основі усвідомленого ставлення людини до самої себе, до своїх здібностей і потреб, потягів і мотивів поведінки, переживань і думок, тобто на основі самопізнання.

Р. Бернс у своїх наукових працях, розглядаючи Я-концепцію, до її структури відносив описову складову у сукупності фізичних, інтелектуальних, соціальних й емоційних аспектів [24].

Важливим аспектом у розгляді психологічних механізмів соціальної адаптації особистості є структура Я-концепції особистості. Зазначена структура містить такі складові:

1. Когнітивна складова, або образ Я, що вміщує уявлення людини про себе. Образ Я складається зі змінюваних образів Я: Я - реальне – уявлення про себе в поточному часі, Я-ідеальне – уявлення про те, якою хотіла б бути людина; Я-фантастичне – бажаний образ людини, що базується на фантастичних уявленнях про себе; Я- дзеркальне – уявлення про те, якою, на думку людини, її бачать інші.

2. Оцінна складова включає оцінку уявлень про себе – самооцінку. Самооцінка виконує регулятивну та захисну функції і впливає на поведінку, діяльність, розвиток і взаємостосунки особистості з іншими людьми.

3. Поведінкова складова містить у собі поведінкові реакції, що базуються на знаннях про себе і ставленні до себе [275].

Важливо зазначити, що Я-концепція – це цілісне утворення і всі її структурні складові взаємопов'язані. Найважливіша функція Я-концепції – забезпечення внутрішньої узгодженості особистості (внутрішня стійкість та поведінка). Новий досвід, що надходить із зовнішнього середовища, у випадку сумісності та узгодженості зі сформованою Я-концепцією легко асимілюється – це і є адаптивна функція Я-концепції. У випадку несумісності нового досвіду з Я-концепцією запускаються механізми психологічного захисту, що дозволяють переробити, зазвичай, травмуючий досвід [275].

Отже, при розгляді соціальної адаптації важливо зазначити, що підґрунтям для її психологічних механізмів є Я-концепція особистості, яка, в свою чергу, або ж виконує адаптивну функцію, або ж прогностичну, або ж захисну. На основі теоретичного узагальнення щодо особливостей структури Я-концепції і виокремлення фізичних, інтелектуальних, соціальних, емоційних, когнітивних, оцінних та поведінкових компонентів можна спрогнозувати подальшу їх трансформацію у відповідні психологічні механізми з адаптивними та дезадаптивними проявами.

Також важливо розглянути структуру Я-концепції особистості відповідно до вікових особливостей періоду молодості, зокрема з урахуванням специфічних особливостей молоді з ПФОРА.

Досліджуючи особливості Я-концепції молоді з ПФОРА, відповідно до вже зазначеного у роботі підходу Л. Виготського, необхідно розглянути подані вище особливості у молоді з типовим розвитком та врахувати специфіку, яку вносять обмеження життєдіяльності.

Розвиток у період ранньої зрілості (молодості) можна описати в контексті трьох самостійних систем: розвиток Я-психічного (у концепції Г.Крайга

особистісного Я), Я як члена сім'ї та Я як працівника. Зазначені системи взаємопов'язані, чим краще людина реалізує свій потенціал в одній галузі, тим вищі її можливості і в двох інших, за винятком компенсаторної дії [133, с.693].

Важливим компонентом Я-концепції молоді з обмеженнями життєдіяльності є Я-фізичне. Саме Я-фізичне (образ тіла) виступає першим сформованим у процесі розвитку структурним компонентом цілісного образу Я.

Проблеми розвитку та особливостей образу фізичного Я вивчалися в наукових працях А. Адлера, О. Гуменюк, І. Кона, К. Роджерса, Ю. Швалба та інших [4; 75; 120; 243; 353]. Особливості розвитку фізичного Я у осіб з обмеженнями функцій життєдіяльності висвітлені у працях Н. Рамсі, О. Романенко, Д. Харкота, А. Шевцова та інших [234; 249; 354].

Теоретичне обґрунтування проблеми формування образу тіла висвітлені в працях багатьох дослідників психологічної галузі, зокрема представниками психоаналітичного напрямку.

У працях З. Фрейда прослідковується ідея проєкції образу тіла на його поверхню та організації лібідо в тілі. Також автор описує розвиток еrogenних зон, їх особливості та місце у формуванні тілесного еґо. Розвиток сексуального лібідо відбувається в зонах найбільшої концентрації контактів із зовнішнім світом, відповідно, провідне місце належить отворам та їх взаємодії з зовнішнім світом [305].

Д. Анзье у своїх працях звертає увагу на те, що З.Фрейд обмежує так звану оральну фазу досвідом, що стосується виключно щочно-ковтальної зони та задоволення від смоктання. Він підкреслює важливість задоволення, яке виникає від відчуття внутрішнього наповнення. Також Д. Анзье застосовує поняття "еґо-шкіра" для опису образу, який розкриває мислення дитини на ранніх стадіях розвитку для представлення себе як самості на основі свого сприйняття поверхні тіла [13].

Д.Анзье описує такі стадії розвитку тілесного еґо:

Перед-Я новонародженого, яке наділене здатністю регулювати за допомогою досвіду тілесних та психічних функцій (що виникають завдяки

генетичному кодові та внутрішньоутробному розвитку) розпізнавання невербальних шумів і звуків та впізнавання внутрішніх фонологічних відмінностей, що стосуються оточуючого дитину мовлення, здатного передавати сигнали оточенню (спочатку мімікою та криком, можливо запахом, потім поглядом та положенням тіла, потім жестами та звуками). Тілесне перед-Я - попередник почуття особистої ідентичності та почуття реальності, що характеризує Я-психічне [13, с.66].

Спільна шкіра немовляти та матері. Материнське піклування «оточує» немовля зовнішньою оболонкою. Подвійний зворотній зв'язок призводить до конституційного інтерфейсу, з одного боку якого знаходиться мати, з іншого - дитина. Спільна шкіра утримує їх в єдності, проте симетрично, що вказує на майбутню сепарацію. Спільна шкіра перемикає їх з одного на іншого, забезпечуючи між двома партнерами комунікацію без посередника, взаємну емпатію, адгезивну ідентифікацію: унікальний екран, резонуючий з відчуттями, афектами, ментальними образами, життєвими ритмами обох [348].

До утворення фантазму про спільну шкіру в психіці новонародженого домінує внутрішньоутробний фантазм, який заперечує народження, - фантазм взаємної інклюзії, первинного нарцистичного злиття, фантазм, який у подальшому відживлюється любовним досвідом, відповідно до якого кожен з двох, тримаючи в обіймах іншого, окутує його немов оболонкою. Мова йде про так звану аутистичну оболонку, яка вказує на схильність до внутрішньоутробного фантазму і про неможливість перейти до фантазму про спільну шкіру. Внаслідок цього порушення (що може виникати через збій у генетичній програмі, дефективність зворотнього зв'язку з оточенням або нездатність до фантазматизації) немовля за допомогою передчасної та патологічної реакції негативної самоорганізації уникає функціонування в відкритій системі, захищається в аутистичній оболонці та відходить у закриту систему [348].

Народження дитини з обмеженнями життєдіяльності, зокрема з ДЦП, викликає у матері динаміку складних емоційних переживань, що може впливати

і на саму дитину. Можна припустити, що мати, яка має складні переживання стосовно народження дитини з обмеженнями життєдіяльності, може мати труднощі зі встановленням емоційного зв'язку з дитиною, через власні сильні емоційні стани, відповідно, піклування може не містити необхідних компонентів, що сприяють розвитку прив'язаності, також необхідно пам'ятати про наявність психофізичних порушень у самої дитини, зокрема з ДЦП, які ускладнюють процес розвитку, зокрема психоемоційного. Можна припустити, що діти з порушеннями психофізичного розвитку можуть перебувати в аутистичній оболонці, що перешкоджатиме переходу до фантазму про спільну шкіру.

Наступний етап вимагає стирання утвореної спільної шкіри та визнання того, що кожен має власну шкіру та власне Я, що не відбувається без опору та болю. Якщо страхи, пов'язані з цими фантазмами, вдається подолати, дитина отримує Я-шкіру [13, с.69].

Девід Розенфельд у своїх наукових працях описує психотерапію з пацієнтом, який страждав від порушення власного тілесного образу, а тому програвав у стосунках з аналітиком ту частину немовлячого періоду, в якому зазначені розлади починалися [244, с.200].

Після утворення Я-шкіри (власного Я) відбувається інтенсивний розвиток тілесного Я. Наприклад, у періоді раннього дитинства розвиток тілесного Я пов'язаний з дослідженням можливостей власного тіла. На думку С. Гілберта та Ю.Томпсона, незадоволення тілом може виникати при наявності критичних зауважень або принижень з боку батьків та неприйняття однолітками [406].

У дітей з ДЦП є складності з дослідженням простору через порушення ФОРА, деякі діти позбавлені здатності пересуватися, що впливає на утворення залежності та зневіри у власних силах і можливостях. Через переважаючу гіперопіку з боку батьків не формується автономність (Е.Еріксон) та переважають інфантильні форми поведінки [387].

У ранньому дитинстві починає формуватися самосвідомість, це пов'язано з розвитком Я-концепції у трирічному віці. Я-фізичне, як усвідомлення свого

тіла, пов'язане з свідомою руховою активністю та оцінкою цієї активності дорослими. В дитячому періоді розвитку відбувається статева ідентифікація з представником (батьком або матір'ю) своєї статі. На жаль, більшість батьків дітей з психофізичними обмеженнями саме в цей період можуть мати складні емоційні переживання, що пригнічують і до того ускладнений розвиток.

О. Романенко зазначала, що образ особистості Я - фізичний генетично первинний і впливає на формування інших аспектів уявлень про себе та значною мірою впливає на самоприйняття та інтегральне ставлення людини до світу. У осіб з ДЦП має місце не тільки порушення рухових функцій, але й системних зв'язків між аналізаторами, тобто порушується вся система чуттєвого пізнання.

Дослідження проведені О. Романенко вказують на те, що більшість дітей та підлітків з ДЦП вилучає фізичний компонент Я- концепції, на відміну від підлітків з типовим розвитком, у яких він є провідним у вигляді усвідомлення власних фізичних можливостей. Я - соціальне у хворих дітей залежить від ставлення до них інших людей, а не власного ставлення до себе. Також у дітей та підлітків з ДЦП компенсаторно перебільшене домінування моральних якостей (внаслідок педагогічного впливу), а у дітей з типовим розвитком активно розвивається Я - емоційне, зокрема розуміння емоцій інших та відкриття власного емоційного світу, Я - ідеальне не виділяється з Я - реального [249].

Тобто у підлітків з ДЦП образ тіла не розвивається, їх мало цікавить власна зовнішність, вони її ігнорують. Натомість активно розвиваються суспільно значимі якості: моральність, відповідальність, дотримання правил поведінки, тобто Супер-его поглинає усвідомлення образу тіла, усвідомлення власної статевої ідентичності, що в подальшому (у період молодості) може знаходити вихід у сексуальних фантазіях, переважно перверсійного характеру, або ж у відсутності, слабкості статевої ідентифікації. Іноді батьки підлітків з дитячим церебральним паралічем описують їх або зображають при проведенні проєктивних методик з відсутністю статі, без жіночих або чоловічих ознак.

Юнацький період оцінюється як один з найскладніших періодів життя. Особливе місце займають зміни фігури, що виникають внаслідок пубертатних

ростових стрибків, які в будь-якому випадку стають джерелом тривоги стосовно зовнішності. Бажання органічно влитися в оточення і вважатися «нормальним» може стати основним аспектом у становленні, а фізична зовнішність, зазвичай, є головним об'єктом уваги при оцінюванні того, чи відповідає людина групі однолітків. Особливості зовнішнього вигляду, зазвичай, сприймаються як перший «ключ» до дружби та залицяння [234, с.93].

Таким чином, до початку зрілості у молодих людей з вродженим ПФОРА образ власного тіла недостатньо сформований, що відбувається через вроджені особливості та ускладнення контактів із соціальним середовищем, провідне місце в якому посідає батьківське ставлення.

А. Шевцов у своїй праці виокремлює потенціал тіла, як важливий аспект реабілітаційного потенціалу і здатність людини розвивати фізичну складову здоров'я, усвідомлювати власну тілесність як властивість особистості [354, с.142]

Ю.Томпсон виділив у визначенні тілесного образу три складові: 1) перцептивний компонент відображає уявлення людини про її власну фізичну зовнішність; 2) оцінювальний – складається з установки людини стосовно свого тіла. Установка складається з цінності (ступеня задоволеності або незадоволеності своїм тілом) і валідності (міра значущості тілесного образу та самооцінки); 3) поведінковий компонент, який пов'язаний зі ступенем впливу сприйняття та відчуттів людини у відношенні до власного тіла на її поведінку [406].

Ю. Швалб та Л. Тищенко зазначають, що психічне життя індивіда укладене в «тілесну оболонку», з якою він знаходиться у відносинах постійної взаємодії та взаємного впливу. Відношення до тіла відіграє роль у процесі соціальної адаптації індивіда. В ситуації фізичного порушення переживання незадоволеності власними фізичними даними, фіксація на фізичних відмінностях впливають на формування стійкого уявлення щодо обмеженості власного тілесного Я, на загальний рівень самооцінки, самовідношення і самоприйняття. Враховуючи той факт того, що фізичне Я (образ тіла) є

невід'ємним структурним компонентом картини світу особистості, що опосередковує сприйняття нею соціальної реальності, наявне фізичне порушення стає базовим чинником виникнення незадоволення власним життям як таким в цілому [353; с. 70-71].

Проблеми молоді з помітними зовнішніми відмінностями переважно стосуються складностей у соціальних контактах, негативному самосприйнятті та емоціях. Досліджуючи емоційні стани молоді з помітними зовнішніми відмінностями, Ю. Томпсон, Г. Кент та П. Сміт відзначили високу поширеність тривоги, різних видів депресії, «межових станів» та «неврозів». Також молодь переживає негативне самоприйняття та негативні рівні самооцінки, що пов'язано з реакцією оточуючих людей на їх зовнішність [406]. Т. Мосс і Т. Карр стверджували, що коли самооцінка зовнішності домінує, то людина використовує для інтерпретації незрозумілих переживань саме фізичні недоліки [396].

Люди, у яких фізичний недолік з'явився у зрілому періоді життя, зазвичай, це вказує на переживання втрати старої ідентичності. Це почуття переживають люди, які перенесли травму або ж хірургічне втручання. Нездатність усвідомлювати власне Я або вимушена зміна зовнішності, яку ми звикли пропонувати світу, призводять до глибокого порушення уявлень людини про себе. Е.Бредбурі, Н. Рамсі, Д. Харкорт у своїх працях акцентували увагу на процесах горювання, що подібні з переживаннями втрати, що вміщують у собі заперечення, гнів, дистрес, тривогу та депресію, за якими відбувається процес поступової адаптації [234].

Велике значення в роботі з людьми з помітними зовнішніми відмінностями посідають переживання «сорому». П. Гілберт описав сором як реакцію, яка виникла внаслідок усвідомлення того, що людина втратила статус та знецінена в очах інших. Негативне уявлення про саму себе визначається як «внутрішній сором» – відчуття, що інші люди сприймають її як непривабливу та дискредитовану.

Б.Кілборн зазначав, що сором може викликати біль та страждання. Для того, що уникнути болю, деякі люди створюють у фантазіях певну невидимість, проте відчуття невидимості приносить переконання, що власні почуття не мають значення та їх неможливо відтворити. Як тільки людина стає «невидимою», то ізолюваність та тривога стають нестерпними, це порушує людську гідність. Тоді людина стає залежною від очікуваної, пережитої та вигаданої сліпоти оточуючих, щоб сховати свою невидимість[111].

Сором передбачає приниження, незважаючи на те, що і зовнішній, і внутрішній сором іноді можуть бути складовою частиною переживання людини з видимими ПФОРА, проте проблема сорому як основного переживання недоведена.

Фізичні відмінності можуть впливати на соціальну взаємодію, а саме: складності в контактах з незнайомими людьми, знайомство з новими людьми та встановлення нових дружніх стосунків. Люди з наявними відмінностями у зовнішності не хочуть бути об'єктами небажаної уваги та, зазвичай, прагнуть до усамітнення й анонімності.

Соціальні контакти також можуть мати особливості: наявність у людей з помітними зовнішніми відмінностями реакції уникання, а неприродні реакції з боку оточення можуть привести до виникнення негативних відповідних аверсійних емоційних реакцій, неадаптивних розумових процесів (соціальної тривоги та страху негативної соціальної оцінки з боку оточення), до несприятливого ставлення до самого себе (заниженої самооцінки, заниженого тілесного образу).

Формування образу фізичного Я у молоді з ПФОРА відбувається з ускладненням, особливо в підлітковому та юнацькому періодах. У періоді молодості видимі особливості зовнішності можуть стати причиною виникнення негативних емоційних переживань, зокрема значну поширеність тривоги, різних видів депресії, «межових станів» та «неврозів». Також у молоді можливе негативне самосприйняття та негативні рівні самооцінки, що пов'язані з реакцією оточуючих людей на їх зовнішність. Особливої уваги заслуговують

складності взаємостосунків з оточуючими, зокрема особами протилежної статі. Зазначені особливості можуть перешкоджати процесу соціальної та соціально-психологічної адаптації молоді з ПФОРА, а тому потребують поглибленого вивчення і комплексної психокорекційної роботи [327; 331; 332; 348].

Важливо зазначити, що дослідники періоду молодості (Г. Крайг [133], А. Реан [237]; М. Савчин [256]), не надають важливого значення саме компоненту Я-фізичному як стрижневому утворенню Я-концепції зазначеного періоду. Проте, зважаючи на представлений у дисертації науковий аналіз, можна припустити належність Я-фізичного до структури Я-концепції молоді з ПФОРА та його вплив на інші структурні одиниці.

Складовою одиницею Я-концепції молоді як з типовим розвитком, так і з обмеженнями життєдіяльності є Я-психічне, що передбачає розвиток особистості, як прояв індивідуальності. Зазначений компонент стосується фізичного аспекту особистості, поведінкової, емоційно-вольової сфер, а також інтелектуального компонента. Враховуючи особливості періоду молодості, а саме те, що людина досягає вершини фізичних можливостей та психологічної зрілості, важливо зазначити, що саме Я-психічне набуває повної функціональності.

Згідно з концепцією Е.Еріксона та Г. Крайга, найголовніше завдання періоду молодості – встановлення власної ідентичності в близьких стосунках з іншими людьми [133; 387]. Молодь повинна структурувати власну особистісну ідентичність відповідно до внутрішніх змін. Важливим досягненням зазначеного вікового періоду є розвиток близьких стосунків, ті, хто до них не здатний, будуть переживати складність у соціальній адаптації та страждати від переживання самотності, пригнічення та підозрливості.

Варто зауважити, що в зазначеному віковому періоді на психіку впливають як нормативні (передбачувані), так і ненормативні (несподівані) події, які можуть спричинити стресові реакції. Сильнішу реакцію напруження викликають непрогнозовані стресогенні події. У житті молоді з обмеженнями життєдіяльності виникає цілий ряд стресових подій (проблеми

працевлаштування, соціальної комунікації, зміни стосунків з членами сім'ї та інші), що можуть ускладнювати процес психологічної зрілості і відповідно потребують спеціального соціально-психологічного супроводу. В результаті у процесі виходу зі стресових ситуацій молодь з обмеженнями життєдіяльності навчається опанувальній поведінці, що забезпечує конструктивне вирішення життєвих проблем та збереження психічного здоров'я. У випадку важких ускладнень у житті та неотримання кваліфікованої допомоги можливий негативний прогноз особистісного становлення, що впливатиме на всі сфери життєдіяльності.

Важливим компонентом Я-концепції періоду молодості є Я-сімейне. Зазначений компонент набуває переструктурування, що пов'язано з виходом молодої людини з батьківської сім'ї та створенням власної. Зазначений вихід відбувається внаслідок процесу індивідуалізації та набуття незалежності: емоційної (молодь стає менш соціально та психологічно залежною від батьків); аттитюдної (формування власних переконань та цінностей); функціональної (матеріальна незалежність та самостійність прийняття рішень у вирішенні буденних проблем); конфліктна (відокремлення від батьків без переживання вини та зради) [133].

«Я-сім'янин» виражається у примірянні до себе нових соціальних ролей таких, як доросла донька або син; створення своєї сім'ї, в якій буде нова роль чоловіка/дружини, а згодом матері/батька.

Люди, що мають обмеження життєдіяльності, часто відчують дискомфорт саме у цьому плані. Особистісні негативні емоційні переживання, страх, невпевненість у собі, зазвичай, стають суттєвими перешкодами у побудові стосунків та створенні сім'ї в подальшому.

Варто зауважити, що частина молоді з обмеженнями життєдіяльності створюють сім'ї та стають батьками, проте має місце факт складності встановлення близьких стосунків та важкості переживання самотності, яка є актуальним переживанням у період молодості.

Важливим і основним аспектом у розвитку Я-сімейного є особистісна можливість піклуватися про свого партнера, переживати любов та інтимність у стосунках. Зазначені якості не залежать від наявності обмежень життєдіяльності, проте є необхідною передумовою гармонійних сімейних стосунків.

Наступним вагомим компонентом Я-концепції молоді як з типовим розвитком, так і з обмеженнями життєдіяльності є Я-професійне. Зазначений компонент формується у процесі трудової діяльності, професійного становлення особистості і пов'язаний з усвідомленням себе як професіонала того чи іншого виду діяльності.

Трудова діяльність – це не все життя, проте людина поряд з іншими видами діяльності (грою, спортом, навчанням, оволодінням мистецтвом, сімейними обов'язками та іншими) потребує також і праці. Під час трудової діяльності та через неї доросла людина, зазвичай, пізнає себе: хто вона і в чому полягає її внесок у життя суспільства. Завдяки усвідомленій трудовій діяльності людина в повному обсязі усвідомлює свою людську гідність.

Люди відрізняються розумовими і фізичними здібностями. Зовнішні умови та обставини також різні. Досягнення неможна виміряти якими-небудь критеріями, все залежить від того, чого кожна людина за допомогою своїх здібностей та своїх зусиль може досягнути. Праця та зайнятість є суттєвими елементами людського існування [29; с.17].

Проблема особливостей трудової діяльності має комплексний міждисциплінарний характер і розглядається у межах: психології (Б. Ананьєв, Л. Виготський, О. Леонт'єв, Д. Ельконін, Л. Пасечнікова, Н. Самоукіна [11; 55; 141; 202; 257; 370]), соціальної роботи (В. Годлевська, Н. Гречанюк, А. Капська [63; 274]), корекційної педагогіки та спеціальної психології (В. Засенко, Є. Синьова, А. Шевцов [95; 268; 209]).

Право на працю – одне з фундаментальних прав людини, встановлене міжнародно-правовими актами, визнане всіма державами. Це право відображає необхідність задоволення потреб людини у створенні суспільних благ та забезпеченні джерелами існування себе і своєї сім'ї. Воно передбачає також

наявність умов для особистого розвитку та реалізації творчого потенціалу людини, при цьому повинні враховуватися особисті властивості людини, покликання, вміння, майстерність, професійна підготовка, освіта, а також суспільна потреба [209; с.7].

На жаль, у сучасному суспільстві непоодинокі випадки, коли молодь з обмеженнями життєдіяльності не працює, переважно не виходить із власної оселі і отримує державне забезпечення. Це погіршує загальний психічний стан, сприяє зануренню у світ фантазій та мрій, що певним чином стирає межі між реальним та фантазійним, уявним світом. Коли ж молодь займається систематичною працею, це сприяє внутрішній структурованості, розвитку, відчуттю самоповаги, задоволенню собою, формуванню реальних майбутніх цілей та досягненню їх.

Для формування та подальшого розвитку професійної ідентичності важливим фактором є професійне навчання (Е. Клімов [113], Н. Самоукіна [257]). Мова йде про такий компонент Я-концепції як Я-учнівське. Саме в закладах освіти формується перше уявлення про професію та оволодіння необхідними теоретичними і практичними навиками. Набуття практичних навиків, необхідних для трудової діяльності, також може відбуватися в центрах соціально-психологічної реабілітації, ЗВО, професійно-технічних закладах та інших. Важливим чинником у підготовці майбутніх фахівців є мотивація до здобуття професії та професійної діяльності. У випадку, коли рушійним фактором є внутрішня мотивація, то людина захоплюється професією, результативність праці постійно зростає, розвивається професійна ідентичність. Почуття власної некомпетентності зменшує мотивацію до праці та професійного розвитку в цілому.

Важливо, щоб молодь не лише знала, але й об'єктивно оцінювати свої інтереси та схильності, здібності, можливості та вміла співвіднести їх з обраною професією [331; 344]. В міркуванні про професію кожний здійснює уявний рух від свого «Я» реального через Я - динамічне до Я - ідеального [202, с. 11].

Людина мріє, бачить себе в різних ролях, перелік яких може бути нескінченним і різноманітним, усередині неї постійно відбувається складна та інтенсивна робота щодо зіставлення себе із зовнішнім світом. Зазначений погляд на себе – це, так зване Я - фантастичне. Але свої мрії, здібності та можливості їхньої реалізації необхідно погоджувати з Я - реальним. Саме Я - реальне відправна точка всіх планів людини. Недостатність знань про себе, збіднення Я-концепції ускладнюють професійний вибір, роблять його недостатньо обґрунтованим, випадковим через те, що загальмовується процес співвіднесення себе зі світом і майбутньою професійною діяльністю [202, с. 12].

Якщо у молодій людини немає чіткого усвідомлення, що вона займається улюбленою справою або ж, що у неї в родині все гаразд, то вона може відчувати прогалину в житті. Люди, які можуть захоплюватися своєю працею та повністю поринати в неї, значну частину своєї ідентичності знаходять саме в кар'єрі. Інші можуть віднайти значну частину ідентичності в сім'ї або деінде.

Професійна підготовка молоді з ПФОРА переважно розпочинається з підліткового віку (В. Бажмін [17]), і у переважній більшості виникають труднощі, які долаються за допомогою включення їх у систему комплексного соціального реабілітування. В Україні стрімко розвивається система професійної освіти осіб з обмеженнями життєдіяльності, проте все ще існують складності працевлаштування та професійного становлення, бракує системних теоретичних розробок і спеціальних професійних обґрунтувань у галузі професійної реабілітації та соціальної адаптації дорослих з обмеженнями життєдіяльності (А. Шевцов [354]). Молодь з ПФОРА активно бере участь у допрофесійній підготовці, проте переживає складності у професійній діяльності, що і надає значущості Я-учнівському у компонентній структурі її Я-концепції.

Всі вище зазначені компоненти Я-концепції можуть бути розвинуті в різних пропорціях, але важливим є те, що їх поєднання сприяє розвитку основного новоутворення дорослості (за Е.Еріксоном, генеративності), тобто особистого внеску в навколишній світ. Більшість людей намагається досягти генеративності шляхом створення сім'ї та піклування про нащадків. Інші

досягають цього засобами продуктивності своєї діяльності. Працюючі формують думку про себе за результатами власної діяльності. Дехто досягає генеративності у процесі підготовки учнів, які продовжують справу.

Важливо, щоб усі зазначені компоненти Я-концепції молоді (окрім Я-фізичного, що важливий на більш ранніх стадіях розвитку) були гармонійно пропорційними, оскільки нереалізованість в одному компоненті, внаслідок механізмів компенсації, викликає гіпертрофований розвиток інших компонентів. Гармонійний розвиток – це пропорційний розвиток усіх компонентів Я-концепції відповідних віковому періоду розвитку.

Психологічна зрілість особистості проявляється у: сформованості цінностей та перспектив, особистісній активності та самостійності, здатності до вибору та прийняття відповідальності за нього, адаптивності та гнучкості психіки, емоційній врівноваженості та емпатійності, позитивній Я-концепції та адекватній самооцінці.

Аналіз наукових робіт з даної проблематики вказує на те, що основою для психологічних механізмів соціальної адаптації особистості є її Я-концепція, яка виконує адаптивну, прогностичну та захисну функції. Відповідно до розглянутих наукових концепцій, встановлено, що до структури Я-концепції належать компоненти, які є передумовами формування психологічних механізмів, зокрема інтелектуальний, соціальний, емоційний, когнітивний, оцінний та поведінковий. Також здійснено науковий аналіз Я-концепції особистості в періоді молодості та виокремлено специфіку Я-концепції молоді з ПФОРА, а саме: Я-фізичне, Я-психічне, Я-соціальне (Я-сімейне, Я-професійне, Я-учнівське). Для гармонізації особистості та подальшого розвитку генеративності важливий гармонійний розвиток зазначених компонентів, окрім Я-фізичного, що характеризує більш ранні етапи розвитку людини. У випадку диспропорційного розвитку одного з компонентів, задіюються компенсаторні механізми з прогресуючим розвитком інших компонентів.

2.3. Структурно-функціональна модель психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Соціальна адаптація молоді з ПФОРА – це процес активного пристосування до соціального середовища, в якому перебуває людина, вона має неперервний характер, найбільше виявляється під час взаємодії з соціальним оточенням та під час трудової діяльності. Ускладнення поведінки молоді з обмеженнями життєдіяльності в соціальному середовищі внаслідок неправильно сформованих уявлень про себе призводить до утворення соціально-психологічної дезадаптованості.

Методологічний аналіз поняття дезадаптованості молоді з ПФОРА показав, що це відносно стійка особистісна властивість, що визначає рівень та результат функціонування психіки молодої людини, виражається в неможливості адаптації до власних потреб та бажань і заважає задоволенню власних потреб та виконанню вимог, що ставить соціальне середовище. Центральною ознакою соціально-психологічної дезадаптованості є переживання особистістю довготривалих внутрішніх і зовнішніх конфліктів без знаходження нею психічних механізмів і форм поведінки, що необхідні для їх розв'язання. Названа дезадаптованість проявляється у випадках, коли зміна середовища не призводить до зміни поведінки або пристосування тільки за рахунок себе, що призводить до структурних змін, основними критеріями яких є нервово-психічне напруження, стан підвищеної тривоги і фрустрації, наявність когнітивних викривлень, негативне ставлення до себе.

Згідно з аналогією розмежування понять реабілітація, реабілітування, реабілітовуваність, можна визначити, що адаптація – це результат процесу адаптування, адаптування – іменник, що позначає відповідну подію, адаптовування – іменник, що позначає дію, процес, а адаптованість – дієва властивість, показник адаптації, особистісна властивість, еквівалентом терміна дійєвої властивості є адаптаційний потенціал [354].

У нашій концепції структура соціально-психологічної адаптованості розглядається в контексті комплексної соціальної реабілітованості особи з обмеженнями життєдіяльності. У свою чергу, розглядаючи процес комплексного соціального реабілітування в парадигмі моделі об'єкта-суб'єкта реабілітування – реабілітовуваного – у його єдності психічних, соціальних та біологічних якостей, ми враховуємо одночасно медичну, соціальну та особистісну сфери обмежень життєдіяльності. У дослідженнях А. Шевцова [354; 356] була розроблена синтетична багатофакторна діяльнісна особистісно орієнтована соціальна модель інвалідності, яка моделює реабілітаційний процес з п'яти-факторною структурою, що складається з соціального, педагогічного, психологічного, медичного та техніко-середовищного аспектів комплексного соціального реабілітування.

При цьому соціальний фактор – група чинників впливу на людину як на суб'єкт соціальних відносин; педагогічний (андрологічний) фактор – група чинників впливу на людину як на суб'єкт діяльності; психологічний фактор – група чинників впливу на особистісну сферу людини; медичний фактор – група чинників впливу на здоров'я людини; техніко-середовищний фактор – група інженерно-технічних та архітектурно-середовищних аспектів компенсації обмежень життєдіяльності людини та впливу на сферу взаємодії людини із навколишнім середовищем [325; 454].

У нашому дослідженні психологічні механізми соціальної адаптації у реабілітаційній парадигмі ми розглядаємо як системну взаємодію соціального і психологічного факторів їх створення. При цьому педагогічний (андрологічний), медичний і техніко-середовищний фактори є допоміжними (інструментальними) у процесі формування та корекції механізмів соціальної адаптації.

Психологічний вплив на результат соціального адаптування (психологічна корекція, консультування, психотерапія тощо) відбувається за допомогою відповідних як психічних, так і психологічних механізмів. Розмежовуючи поняття психологічні механізми та психічні механізми в дослідженні соціальної адаптації індивідуума, ми дотримуємося тієї логіки, що психічне стосується

психіки (психічні процеси, властивості, стани), психологічне стосується психології (психологічний феномен, психологія людини, психологічні особливості, психологічна наука). Таким чином, застосовуючи поняття психологічних механізмів, ми маємо справу з певними одиницями психологічного наукового аналізу.

Очевидно, що процес соціального адаптування людини в її онтогенезі є насправді процесом соціально-психологічного адаптування (СПА). Це цілісний феномен і в ньому «соціальне» важко відокремити від «психологічного». Проте для пошуку методів психологічної корекції соціальної дезадаптації осіб з порушеннями психофізичного розвитку перед нами стоїть саме таке завдання. Тож виділяючи психологічні механізми цього процесу, ми намагаємося здійснити психологічний аналіз СПА, розбити його на кванти більш елементарного рівня психічної діяльності, дослідити його структуру і фактори впливу на його перебіг. Психологічні механізми, у свою чергу, також можуть бути «квантовані» на елементи нижчого рівня вищих психічних функцій аж до факторів вищих психічних функцій (Р. Лурія [149; 150]) і класифіковані за певними таксономічними одиницями. На цьому рівні наукового психологічного аналізу можна було б говорити саме про «психічні механізми» і досліджувати їх як «...знаряддя, метод людини, завдяки якому поєднуються в цілісність її органи та системи передавання і перетворення енергії та інформації в процесі її діяльності» (С. Максименко [94, с.21]) за допомогою стандартних психологічних інструментів.

У площині соціальної адаптації психічні механізми формують такі психічні властивості індивіда, що дозволяють йому адекватно адаптуватися до соціального середовища (здатність до концентрації уваги, пам'ять, адекватна «Я-концепція», критичне мислення тощо). Протилежні властивості, акцентуації, є дезадаптивними, кваліфікуються як розлади психіки і поведінки.

Можна також вважати, що психічні механізми формують психічні властивості, які дають можливість адаптуватися до зовнішнього середовища у різних його проявах, тобто забезпечують психічне здоров'я. У той же час

психологічні механізми більше тяжіють до процесів, що пов'язані саме із соціальним адаптуванням, джерелом якого є активність особистості. Тож у наших досліджах, вивчаючи психологічні особливості соціального адаптування, ми будемо принципово слідувати особистісно орієнтованому підходу і включати в парадигму соціально-психологічного адаптування здоров'я особистісне, душевне, соціальне. Як інструменти наукового аналізу, психологічні механізми досліджують проактивну особистість, що соціально адаптується, у своїй цілісності через проєкції на пізнавальну, емоційно-афективну, мотиваційну, вольову та інші сфери діяльності.

Крім того, необхідно враховувати, що соціальне адаптування – це тривалий процес впродовж усього життя від народження, а тому ми маємо його розглядати тільки у постійній динаміці, розвитку, розглядаючи всі причинно-наслідкові зв'язки та генетичні аспекти цього процесу. Тобто в теоретичні положення нашої роботи ми включаємо генетико-моделюючий метод (С.Д.Максименко [155]).

Було розроблено структурно-функціональну модель психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА. З позиції структурності у зазначеній моделі були описані психологічні механізми соціальної адаптації молоді з ПФОРА з їх характеристиками, системоутворювальними зв'язками та висхідними передумовами; з позиції функціональності зазначена модель описує послідовність дій системи для досягнення інтегрованої властивості – соціальної адаптації молоді з ПФОРА.

Структурно-функціональна модель психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату представлена таким чином (Рисунок 1.1).

Психологічні механізми доцільно було б класифікувати, використовуючи у якості таксономічних одиниць елементи певної структури особистості, яка була б відповідною для молоді з вродженим дизонтогенезом ПФОРА, молоді з набутими порушеннями ПФОРА та молоді учасників ООС з набутими порушеннями функцій ОРА. Такою опорною структурою могла б бути

чотиривимірна структура особистості Рибалки-Шевцова, яка запропонована А. Шевцовим [354] шляхом розвитку ідей тривимірної психологічної структури особистості В. Рибалки [240] на базі дефектологічних концепцій Л. Виготського [55] та інших науковців, які враховують структуру дефекту розвитку людини з обмеженнями життєдіяльності згідно із відповідною нозологічною диференціацією.

Ця модель продовжує здобутки методологічної традиції синтезу багатовимірних структур особистості Ю.Козелецького, Г. Костюка, О. Леонтєва, Ф. Лерша, В. Моргуна, К. Платонова, В. Рибалки, С. Рубінштейна і дозволяє обрати із максимально повної множини факторів системного конструювання психологічної структури особистості ті системні елементи, які, на наш погляд, найбільш впливові у процесі створення психологічних механізмів СПА людиною з обмеженнями життєдіяльності.

За цією моделлю чотиривимірна структура особистості представляється чотирма ортогональними осями, що відображають такі виміри [354]:

1. **Соціально-психолого-індивідуальний вимір** складається з таких базових підструктур особистості: 1.1.Здатність до спілкування. 1.2.Спрямованість. 1.3.Характер. 1.4.Самосвідомість. 1.5.Досвід. 1.6.Інтелектуальні процеси. 1.7. Психофізіологічні якості особистості.

2. **Діяльнісний вимір**: 2.1. Потребнісно-мотиваційний компонент. 2.2. Інформаційно-пізнавальний компонент. 2.3. Цілеутворювальний компонент. 2.4. Операційно-результативний компонент. 2.5. Емоційно-почуттєвий компонент діяльності.

3. **Нозологічний вимір** умовного особистісного простору диференціюється на характеристики дефекту розвитку або посттравматичний психічний стани людини: 3.1. Первинні дефекти. 3.2. Вторинні дефекти. 3.3. Дефекти n-го порядку.

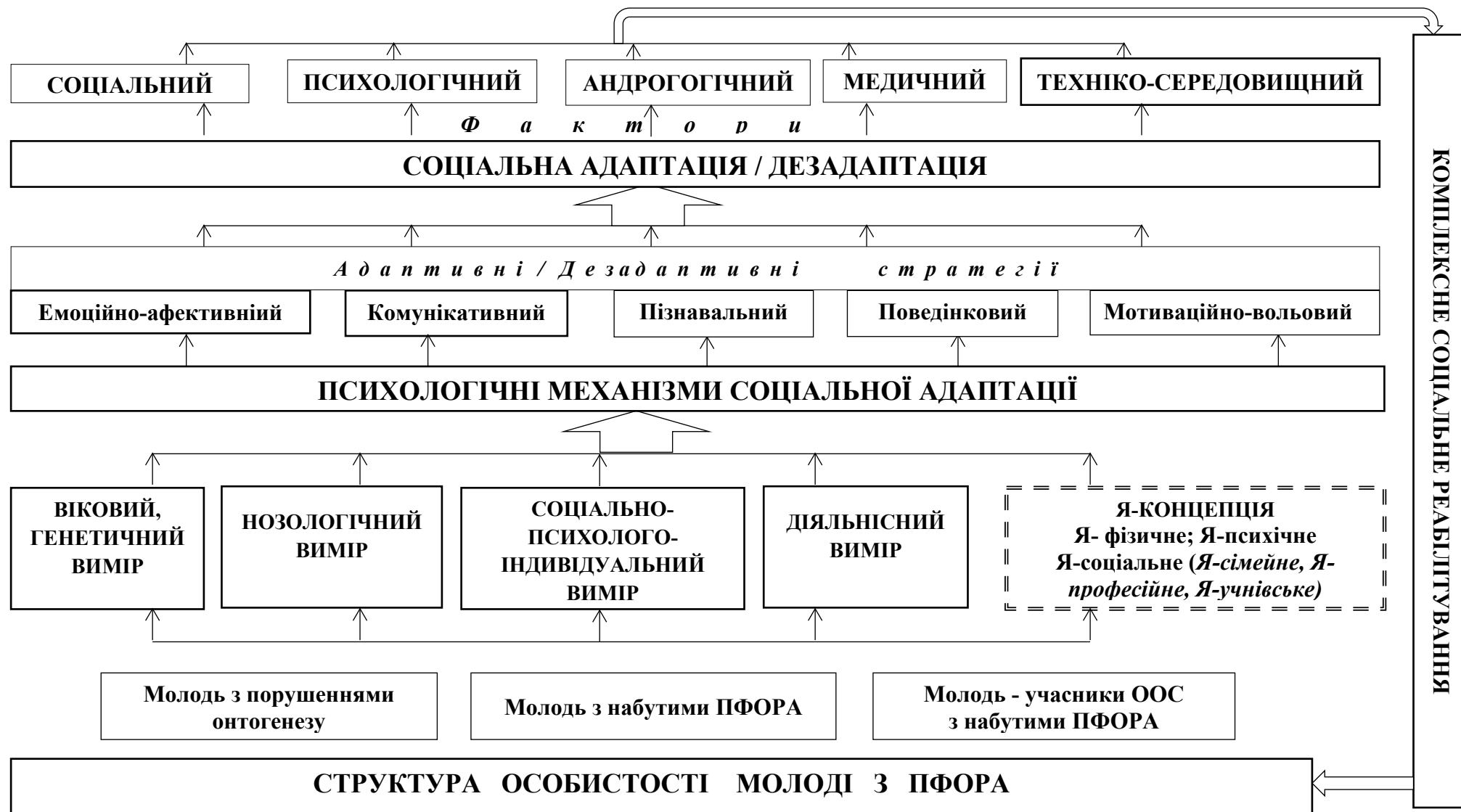


Рис. 1.1 Структурно-функціональна модель психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

4. **Віковий, генетичний вимір**, який задає темпоральну якість чотиривимірного особистісного гіперпростору і характеризує рівень розвитку якостей особистості, задатків, здібностей, психічних властивостей.

Важливо, що саме нозологічний вимір, який залежно від структури дефекту, типу захворювання, може містити у собі такі елементи, як первинний дефект та дефекти n-порядку, презентує специфіку СПА осіб з порушеннями ФОРА. Цей вимір, крім, власне, дефектів психофізичного розвитку або характеристик посттравматичних особистісних розладів, може містити і специфічні психосоціальні потреби, які ми не відносимо до психічних захворювань, але маємо враховувати при спеціальній організації виховних та психокорекційних технологій для означеної категорії осіб [402].

У такій схемі нозологічна вісь виглядає як умовно дискретний ряд точок відліку на уявній лінії: від первинного дефекту (Л. Виготський), який найближчий до ядра „природної” психофізіологічної сутності індивідуума, до вторинних (третинних тощо) дефектів.

Важливий структурний компонент структури особистості, який є стрижневим утворенням психологічних механізмів соціальної адаптації, – особистісне ядро - Я-концепція особистості з порушеннями ФОРА, в якій ми досліджуємо традиційні компоненти: Я-фізичне (складний біосоціальний комплекс, який складається з досвіду функціонування індивіда як фізичного об'єкта і формується під впливом оцінок фізичного тіла з боку соціального оточення, існуючих норм, уявлень і стереотипів); Я-психічне (включно з ідентичністю та генеративністю); Я-соціальне, в якому виділяємо Я-професійне (становлення професійної ідентичності, професійний досвід), Я-сімейне (член сім'ї, доросла дитина, шлюбний партнер, батько або матір), Я-учнівське (досвід та спрямованість суб'єкта навчальної діяльності).

Психологічні механізми соціальної адаптації групуються у такий спосіб:

Пізнавальний механізм (соціально-психолого-індивідуальний та діяльнісний виміри):

адаптивні стратегії - форми поведінки спрямовані на аналіз труднощів, що виникають, та можливих шляхів їх подолання, научіння та здобуття адаптаційного індивідуального досвіду, підвищення самооцінки та самоконтролю, усвідомлення власної цінності як особистості, віра у власні ресурси долати складних ситуацій, вміння та стратегії розв'язування психологічних задач, пов'язані з соціальною адаптацією, пізнання своєї активності у контексті психосоціальної активності оточуючих;

дезадаптивні стратегії – пасивні форми поведінки з відмовою долати перешкоди, зневіра у власних силах та інтелектуальному потенціалі, навмисна недооцінка ситуації, негативний індивідуальний досвід.

Поведінковий механізм (діяльнісний вимір):

адаптивні стратегії – поведінка особистості, під час якої вона співпрацює з досвідченими людьми, шукає підтримку в найближчому соціальному середовищі або ж сама пропонує її оточуючим у подоланні труднощів, компроміс та співпраця, прийняття «боротьби»;

дезадаптивні стратегії – поведінка, що включає в себе уникання неприємних ситуацій, пасивність, усамітненість, ізоляція, прагнення уникати активних інтерперсональних контактів, відмова від вирішення проблем, суперництво, уникання.

Емоційно-афективний механізм (соціально-психолого-індивідуальний та діяльнісний виміри):

адаптивні стратегії – емоційний стан з активним протестом по відношенню до труднощів та впевненістю в існуванні вирішення будь-якої, навіть складної ситуації;

дезадаптивні стратегії – поведінка з пригніченим емоційним станом, станом безнадії, піддатливості, переживання злості та провини, що покладається на себе та на інших, відсутність позитивних переживань.

Комунікативний механізм (соціально-психолого-індивідуальний вимір):

адаптивні стратегії – стратегії, форми та методи комунікації, що призводять до соціальної адаптації;

деадаптивні стратегії комунікативні стратегії – неадекватні та конфліктні форми спілкування, які призводять до соціальної деадаптації і міжособистісних та групових конфліктів.

Мотиваційно-вольовий механізм (соціально-психолого-індивідуальний та діяльнісний виміри):

адаптивні стратегії – внутрішньо-мотиваційні стратегії та контролюючо-вольові якості, які призводять до соціальної адаптації;

деадаптивні стратегії – деадаптивні мотивації, зокрема мотиваційні стратегії уникнення невдач та екстернальний локус контролю [402].

Факторами впливу на механізми соціальної адаптації є: андрогонічний, медичний, психологічний, техніко-середовищний фактори [354]. Зазначені фактори включені у двосторонню взаємодію з психологічними механізмами соціальної адаптації, оскільки, з одного боку, вони впливають на механізми та особистість молоді з ПФОРА, а, з іншого боку, сама особистість з ПФОРА впливає на соціальне оточення та зазначені фактори, перетворюючи їх. Зазначена взаємодія відбувається у неперервному процесі комплексного соціального реабілітування, який проходить наскрізно через усе життя молоді з ПФОРА після набуття травми, внаслідок якої виникають порушення зазначених функцій.

Важливо зазначити, що висхідним конструктом у представленій моделі (Рис, 1.1.) є особистість молоді з вродженими та набутими ПФОРА. Окрім зазначених у моделі ортодоксальних вісей особистості з особистісним ядром – Я-концепцією, важливе місце посідає час набуття травми з подальшим ПФОРА. У молоді з вродженим дизонтогенезом має місце пренатальна, а в подальшому травма народження, яка спричинює дизонтегенез розвитку, молоді люди з набутими ПФОРА травму отримали в періоді молодості, що спричинило вплив на вже сформовану особистісну структуру.

Варто зазначити, що, розглядаючи психологічні механізми соціальної адаптації молоді з вродженими порушеннями функцій опорно-рухового апарату,

слід зважати на специфіку ускладненого становлення психічних функцій. Наприклад, різним формам ДЦП властиве різне ураження окремих аналізаторних систем та їх взаємодії, що обумовлює варіативність особливостей психічного розвитку. Специфіка порушень залежить від важкості та локалізації уражень головного мозку. Наявний повільний темп дозрівання кіркових структур, а також велике значення має обмеження обсягу знань і уявлень про навколишній світ, недостатність предметно-практичної діяльності та соціальних взаємин.

Молодь з набутими ПФОРА (в періоді молодості), переважно внаслідок «нешасних випадків», ДТП, різного роду аварій, досвід набуття інвалідності отримує на вже сформовану особистісну структуру. Проте сам факт набуття інвалідності, зазвичай, є настільки травматичним, що може спровокувати виникнення посттравматичного, стресового розладу. Без включення зазначеної категорії молоді до системи комплексного соціального реабілітування адаптація може бути ускладнена, наслідки травми можуть викликати цілий ряд несприятливих змін.

У ветеранів учасників ООС набуття обмежень життєдіяльності, зокрема порушень функцій ОРА, протікає дещо складніше, ніж у описаних вище категоріях. Має місце політравма – набуття інвалідності поєднується з наслідками участі у військових діях. У більшості випадків є посттравматична патологія і її психічні наслідки. Проблема надання психологічної допомоги ветеранам учасникам ООС – одне з головних та проблемних питань в Україні.

Грунтуючись на основних положеннях особистісно-орієнтованого підходу (Р. Бернса, І. Беха, І. Кона, С. Максименка, К. Роджерса [24; 26; 120; 154; 243]), соціальних та соціально-психологічних концепціях (Л. Анциферової, Г. Балла, Н. Бернштейна, Л. Виготського, Р. Лазаруса, А. Налчаджяна, Т. Парсонса, С. Розума, Е. Хейма [16; 19; 25; 55; 56; 136; 185; 186; 245; 393; 397]), у нашому дослідженні було сформовано таке визначення психологічних механізмів соціальної адаптації особистості: закріплені у психічній організації особистості функціональні способи перетворення, що діють у суб'єктивному просторі, та

внаслідок дії яких відбувається адаптування особистості до соціального середовища; виокремлено емоційно-афективний, комунікативний, пізнавальний, поведінковий, мотиваційно-вольовий психологічні механізми соціальної адаптації у їх адаптивному та дезадаптивному виявах.

За результатами теоретико-методологічного аналізу виокремлено модель психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА. У представленій моделі психологічні механізми є висхідними від ортогональних вісей структури особистості, а саме: соціально-психологічного індивідуального виміру, діяльнісного виміру, нозологічного виміру та вікового, генетичного виміру. Центральна одиниця моделі – особистісне ядро – Я-концепція особистості з її складовими компонентами: Я-фізичне, Я-психічне, Я-соціальне (Я-професійне, Я-сімейне, Я-учнівське). Психологічні механізми, в свою чергу, є висхідними із зазначених конструкцій, мають адаптивні та дезадаптивні форми вияву і групуються у такий спосіб: пізнавальні, поведінкові, емоційно-афективні, комунікативні та мотиваційно-вольові.

Висновки до 2 розділу

1. За результатами теоретичного узагальнення проблеми психологічних механізмів соціальної адаптації особистості, з урахуванням комплексного та міждисциплінарного характеру зазначеної проблеми, виокремлено поняття психічних та психологічних механізмів. Відповідно, психічні механізми – це стійкі утворення, що у своєму значенні є фізіологічним підґрунтям саме психологічних механізмів; зазначені механізми взаємопов'язані, проте саме дисфункція психічних механізмів призводить до розпаду психологічних механізмів, зокрема соціальної адаптації; зазначені дисфункції переважно для відновлення або заміни втраченої функції задіюють компенсаторні механізми, підсилюючи дію збережених функцій для підтримання життєдіяльності організму.

2. Психологічні механізми соціальної адаптації розглядаються в переважній більшості наукових праць із зазначеної проблеми, як закріплені в психічній організації особистості функціональні способи перетворення організації особистості, реальних і мисленневих образів, взаємостосунків індивіда з соціальним середовищем та світом в цілому. Несприятливі впливи зовнішнього середовища та ускладнені у своєму формуванні внутрішні особистісні чинники стимулюють вироблення відповідних адаптивних або ж дезадаптивних стратегій психологічних механізмів соціальної адаптації особистості.

3. Узагальнене науково-практичне дослідження засвідчило, що Я-концепція особистості є стрижневим основоположним утворенням у розвитку психологічних механізмів соціальної адаптації. Я-концепція особистості виконує адаптивну, прогностичну та захисну функції і до її структури належать компоненти, що є передумовами формування психологічних механізмів соціальної адаптації, зокрема інтелектуальний, соціальний, емоційний, когнітивний, оцінний та поведінковий. Виявлено специфіку структури Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, основні системоутворювальні одиниці зазначеної структури: Я-фізичне, Я-психічне, Я-соціальне (Я-сімейне, Я- професійне, Я-учнівське). Для реалізації генеративності особистості важливий гармонійно-пропорційний розвиток зазначених компонентів, проте компонента Я-фізичне це не стосується, оскільки він займає своє провідне положення внаслідок набуття особистістю обмежень життєдіяльності. У випадку непропорційного розвитку одного з компонентів – інші діють за принципом компенсації у гіпертрофованому збільшеному вияві.

4. За результатами теоретико-методологічного аналізу, ґрунтуючись на наукових поглядах представників системного, структурно-функціонального, особистісно-орієнтованого, когнітивного, поведінкового, діяльнісного та психоаналітичного методологічних підходів, було розроблено структурно-функціональну модель психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Психологічні механізми є

висхідними від ортогональних вісей структури особистості молоді з вродженим дизонтогенезом ПФОРА, з набутими ПФОРА, набутими під час участі в ООС порушеннями функцій ОРА, а саме: соціально-психологічного індивідуального виміру, діяльнісного виміру, нозологічного виміру, вікового, генетичного виміру та центральної одиниці моделі – особистісного ядра – Я-концепції особистості з її складовими компонентами: Я-фізичне, Я-психічне, Я-соціальне (Я-професійне, Я-сімейне, Я-учнівське). Психологічні механізми, в свою чергу, є висхідними із зазначених конструкцій, мають адаптивні та дезадаптивні форми вияву і групуються у такий спосіб: пізнавальний, поведінковий, емоційно-афективний, комунікативний та мотиваційно-вольовий механізми. Зазначені механізми, у свою чергу, вступають у двосторонню взаємодію з факторами соціальної адаптації (соціальний, психологічний, андрогогічний, медичний, техніко-середовищний) у безперервній включеності у процес комплексного соціального реабілітування молоді з ПФОРА.

Грунтуючись на основних положеннях особистісно-орієнтованого підходу, соціальних та соціально-психологічних концепціях, у нашому дослідженні було сформовано таке визначення психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА: закріплені в психічній організації особистості функціональні способи перетворення, що діють у суб'єктивному просторі, та внаслідок дії яких відбувається адаптування молоді з ПФОРА до соціального середовища; виокремлено емоційно-афективний, комунікативний, пізнавальний, поведінковий, мотиваційно-вольовий психологічні механізми соціальної адаптації у їх адаптивному та дезадаптивному виявах.

РОЗДІЛ 3

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

3.1. Система дослідження механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Теоретико-методологічні засади дослідження психологічних механізмів соціально-психологічної адаптації молоді з ПФОРА охоплює щонайменше три рівні аналізу: перший - методологія наукового дослідження, що репрезентує філософський підхід до явищ дійсності; другий - системно-структурні методологічні розробки спеціальної психології, що представляють собою реалізацію загальнофілософських принципів при дослідженні специфіки дизонтегенезу; третій – сукупність конкретних методів дослідження, способів отримання емпіричних даних дослідження.

Відповідно до спеціальної методології емпіричне дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА ґрунтується на таких принципах:

1. Принцип детермінізму (В. Роменець [251], С. Рубінштейн [253]), відповідно до якого психічні явища обумовлені матеріальною дійсністю. Враховуючи невизначеність біологічних та соціальних систем, варто розглядати особистісні психологічні механізми як такі, що враховують мінливість соціального середовища та спрямовані на його стабілізацію (принцип імовірного детермінізму).

2. Принцип об'єктивності [77] представляє вивчення специфіки психологічних механізмів молоді з ПФОРА у розгляді їх об'єктивних закономірностей розвитку, у сукупності внутрішніх чинників та зовнішніх факторів і чинників; розв'язує проблему об'єктивного та суб'єктивного в психології.

3. Системно-синергетичний принцип, на думку А. Шевцова [428;430], – це загальнонауковий методологічний принцип, похідними від якого є принцип системності (П. Анохін, В. Синьов) і цілісності (С. Зибелін, М. Мудров, І. Сеченов, І. Павлов) [14; 265; 266; 354; 356]. У контексті нашого дослідження на основі системно-функціональної моделі психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА розроблено модель комплексного їх дослідження. Важливим методологічним підґрунтям дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації є положення про їх системний характер та основоположну похідну – структуру особистості з системоуворювальною конструкцією – Я-концепцією особистості.

4. Принцип аналізу за одиницями - зазначений принцип передбачає розкриття, з'ясування причинних зв'язків і відношень, що лежать в основі психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА. Методологія зазначеного принципу розроблена С. Максименком із застосуванням наукових положень Л. Виготського [54; 56; 154]. Виділена психологічна одиниця (у нашому дослідженні – механізм) зберігає властивості цілого і за допомогою аналізу за одиницями з'ясовуються та інтерпритуються реальні зв'язки і відношення, що утворюють психологічні механізми соціальної адаптації молоді з ПФОРА.

5. Генетичний принцип – психологічні механізми соціальної адаптації молоді з ПФОРА визначаються як постійно змінні функціональні способи перетворення, що розглядаються з врахуванням їх особливостей розвитку в даний часовий проміжок, із врахуванням історії їх розвитку та факторів, що вплинули на їх формування, та перспектив їх подальшого розвитку. Генетичний принцип як принцип дослідження в галузі корекційної педагогіки представлений у наукових роботах В. Синьова, експериментально-генетичний метод як конкретне вираження примату соціального у становленні психіки розкритий в межах принципу історизму С. Максименком [154; 265].

6. Загальнореабілітаційний принцип, описаний у наукових працях А. Шевцова, пояснює специфіку формування психологічних механізмів

соціальної адаптації молоді з ПФОРА у контексті залучення досліджуваних до процесу комплексного соціального реабілітування.

Відповідно до першого рівня методологічного аналізу, вважаємо за необхідне здійснити системний підхід до аналізу проблеми психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА. Зазначений підхід орієнтує на розкриття цілісності структури психологічних механізмів, їх компонентного складу, зокрема представленого на адаптивному та дезадаптивному рівнях, у взаємозв'язку виокремлених емоційно-афективного, комунікативного, пізнавального, поведінкового та мотиваційно-вольового психологічних механізмів і визначення системоутворювального конструкту (Я-концепції особистості) та соціальних факторів впливу.

З позиції другого рівня методологічного аналізу здійснено обґрунтування методологічних передумов дослідження. Методологічну основу дослідження склали:

З позиції системного підходу (П. Анохін, І. Сеченов, І. Павлов, В. Синьов, А.Г.Шевцов [14; 265; 354]), емпіричне вивчення психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА визначило необхідність дослідження компонентного складу зазначених механізмів із похідною системоутворювальною структурою Я-концепції особистості у процесі взаємодії з соціальним середовищем, що в сукупності визначають їх цілісність як системи.

З позиції особистісно-орієнтованого підходу, вивчення психологічних механізмів соціальної адаптації здійснювалося ґрунтуючись на методологічних положеннях про сутність та розвиток особистості як суб'єкта власної життєдіяльності (І. Бех, Г. Костюк, С. Максименко, В. Моляко, К. Платонов, В. Татенко), генетико-психологічні проблеми структури особистості (Л. Божович, Л. Виготський, С. Максименко) із дослідженням особливостей розвитку Я-концепції (І. Бех, І. Кон, К. Роджерс), індивідуально-особистісних властивостей (О. Саннікова, Л. Собчик), мотивів, поведінкових стратегій, неповторного психологічного складу [26; 31; 55; 120; 154; 243; 258; 270].

Соціально-психологічний підхід у процесі вивчення досліджуваного явища передбачав діагностику впливу соціально-психологічних факторів на специфіку психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА. Цей принцип розкривається у наукових працях Г. Балла, Л. Виготського, А. Налчаджяна, С. Розума [19; 55; 185; 245].

Методологічні принципи організації психологічного дослідження визначені Е. Гуревичем, Л. Бурлачиком, Б. Ломовим, С. Максименком; методологія психологічного дослідження зрілої особистості описана в наукових працях зарубіжних авторів – Д. Райгородського, Л. Собчик, Б. Теплова, та вітчизняних – Л. Бурлачука, О. Саннікової, О. Чабана та інші [41; 76; 77; 146; 154; 233; 258; 259; 270; 284; 318].

Методологія психологічного дослідження осіб з обмеженнями життєдіяльності розкрита у працях С. Максименка, В. Синьова, Є. Синьової, Л. Фомічової, А. Шевцова, М. Шеремет, Д. Шульженко та інших вітчизняних науковців [154; 265; 266; 268; 301; 354; 357; 363; 368]. Специфіка психодіагностичного дослідження осіб (переважно дитячого віку) з обмеженнями життєдіяльності представлена у наукових працях вітчизняних та зарубіжних науковців - Л. Кузнєцової, О. Мастюкової, Н. Пахомової, Л. Руденко, В. Синьова, Л. Солнцевої та інших [135; 171; 203; 254].

Вивчаючи проблему психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА, відповідно до третього рівня методологічного аналізу, було виокремлено психодіагностичний інструментарій для вивчення психологічних механізмів соціальної адаптації, їх компонентний склад, особливості взаємовпливу та специфіку зовнішніх факторів соціальної адаптації. Проблема дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА виявляється також у недовільній розробленій психодіагностичній базі, а тому для виконання завдань дисертаційного дослідження автором було розроблено та апробовано психодіагностичні опитувальники для вивчення особливостей розвитку Я-концепції та специфіки сформованості психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА. Зазначені опитувальники, а також

результати їх апробації будуть представлені в наступних розділах дисертаційного дослідження.

Мета емпіричного дослідження полягає в з'ясуванні особливостей та визначенні специфіки компонентного складу психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з вродженими, набутими, набутими внаслідок участі в ООС порушеннями функцій ОРА.

На основі теоретичної системно-функціональної моделі соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату І. Чухрій [402] було сформовано психодіагностичний комплекс методик, що увійшли до емпіричної моделі дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА (Рисунок 3.1.). До компонентного складу зазначеної моделі увійшли такі блоки з методами дослідження:

1) дослідження структури особистості (Я-концепції) молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату: дослідження особливостей Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату І. Чухрій;

2) дослідження соціальної адаптації молоді з ПФОРА: анкета дослідження особистих даних молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату (соціальний анамнез) А. Шевцова, І. Чухрій та методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда;

3) комплексне дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату: діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації особистості І. Чухрій; методика діагностики копінг-механізмів Е. Хейма; індекс життєвого стилю Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Конте / тест для діагностики механізмів психологічного захисту;

4) дослідження компонентів психологічних механізмів соціальної адаптації молодої людини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату: поведінкового, комунікативного, емоційно-афективного та мотиваційно-вольового, пізнавального: діагностика провідних тенденцій поведінки в реальній групі та уявлень про себе методика "Q-Сортування" В. Стефансона,

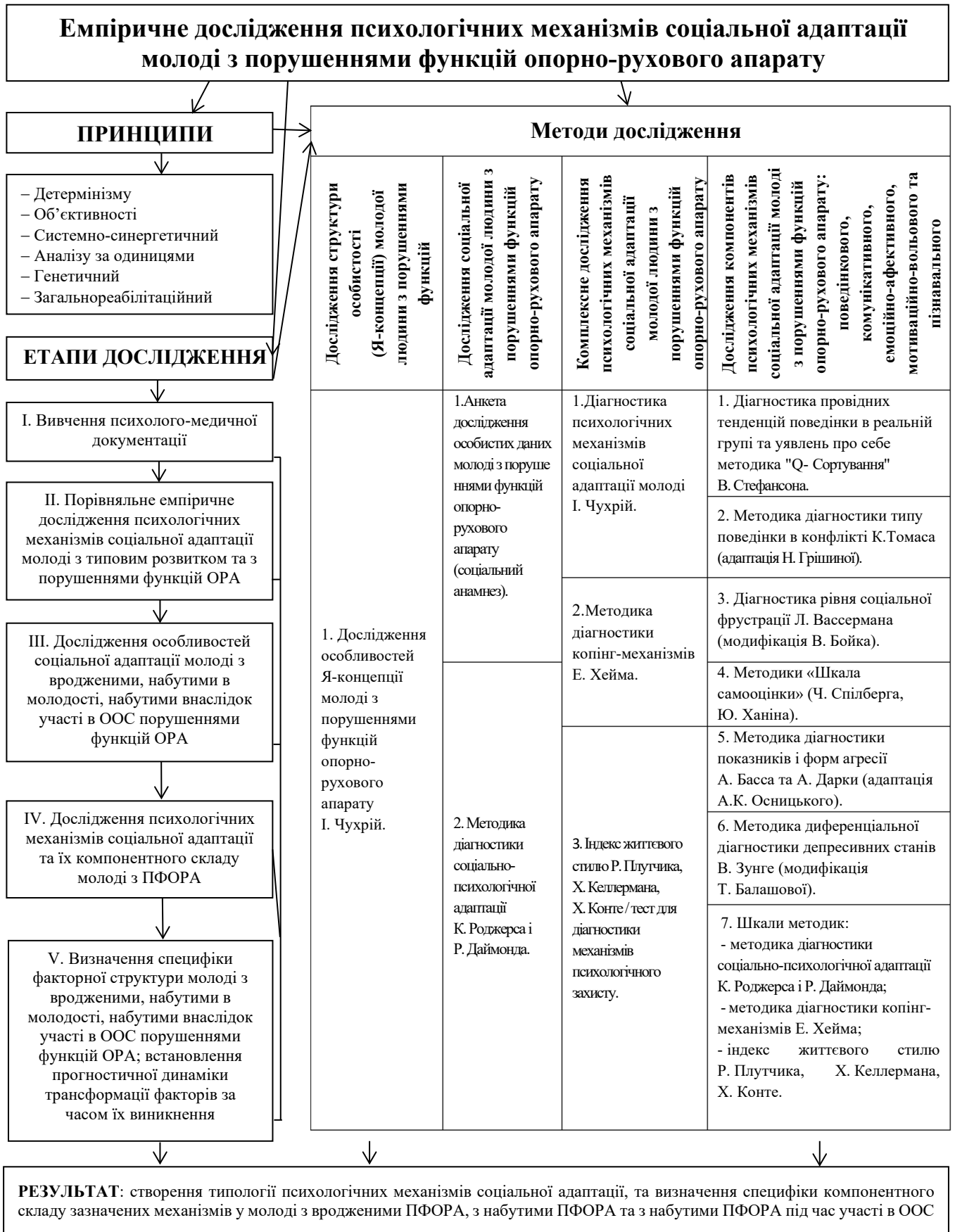


Рис. 3.1. Модель емпіричного дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

методика діагностики типу поведінки в конфлікті К. Томаса (адаптація Н. Грішиної), діагностика рівня соціальної фрустрації Л. Вассермана (модифікація В. Бойка), методика «Шкала самооцінки» (Ч. Спілберга, Ю. Ханіна), методика діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація А. Осницького), методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (модифікація Т. Балашової), шкали методик: методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда, методика діагностики копінг-механізмів Е. Хейма, діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації молоді І. Чухрій; індекс життєвого стилю Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Конте / тест для діагностики механізмів психологічного захисту [68; 69; 85; 88; 92; 215; 222; 229; 233; 236].

Продуктивність виконання запропонованого психодіагностичного комплексу істотно залежить від функціонального стану рук і розвитку мовлення досліджуваної молоді з ПФОРА. Зазвичай, завдання комплексу досліджувані виконують з допомогою спеціалістів- психологів або соціальних працівників.

Також необхідно враховувати індивідуальні особливості досліджуваних, наприклад, у молоді з ДЦП, навіть у тієї, яка має достатні інтелектуальні можливості, спостерігається пасивність при виконанні завдань. Важливо робити перерви на відпочинок або розділити діагностичний інструментарій на кілька частин і відповідно розпланувати час.

Часто, не зрозумівши запитання психодіагностичних методик, молодь з ПФОРА не звертається за допомогою, не просить додаткових пояснень, а пасивно очікує. Тому варто застосовувати індивідуальний підхід і бути уважним до потреб досліджуваних.

Разом з тим може спостерігатися виразна орієнтація на спеціаліста, який проводить діагностику, очікування емоційної підтримки, заохочення, підбадьорення і чутливість до його реакцій. Під час процедури дослідження важливо займати оптимально нейтральну позицію та дотримуватися основних етичних вимог.

Молодь з порушеннями функцій верхніх кінцівок часто скута, може тривалий час налаштовуватися на рухову дію, тому важливо прорахувати, які завдання вона може виконувати самостійно, а при виконанні яких завдань спеціаліст-психолог може запропонувати допомогу [125].

Варто зауважити, що застосування інтернет ресурсу значно полегшує процедуру дослідження. Розвиток комп'ютерних технологій дає можливість молоді з ПФОРА давати відповіді на запитання опитувальників та анкети (складових психодіагностичного інструментарію) у зручних та доступних для неї способах. Надіслані на електронну пошту скопійовані примірники опитувальників та анкет роблять виконання завдань простішими та роблять цікавою участь у експерименті.

Емпіричне дослідження здійснювалось упродовж 2016-2018 років у: Вінницькій області (Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, Вінницький соціально-економічний інститут Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна», Вінницький міський центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Гармонія» імені Раїси Панасюк, Вінницький міжрегіональний центр професійної реабілітації інвалідів «Поділля»; Вінницький обласний центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Обрій»; Вінницький обласний клінічний госпіталь ветеранів війни Вінницької обласної ради; ГО «ВА Асоціація ветеранів, інвалідів війни та волонтерів АТО»; Комунальний вищий навчальний заклад «Вінницька академія неперервної освіти»; Вінницька обласна державна адміністрація Департамент соціальної та молодіжної політики Управління у справах ветеранів війни); Київській області (Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»); Сумській області (Роменський центр комплексної реабілітації для дітей (осіб) з інвалідністю); Дніпропетровській області (Управління з питань учасників АТО); Донецькій області (Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Донбас»).

У дослідженні взяла участь молодь віком від 21 до 35 років - 576 осіб, з них: 150 типового розвитку; 158 з порушеннями функцій опорно-рухового апарату внаслідок дизонтогенезу; 148 молодих людей з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату та 120 ветеранів ООС з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Представимо опис форм порушень функцій опорно-рухового апарату досліджуваної вибірки:

1. Порушення функцій опорно-рухового апарату внаслідок дизонтогенезу:

- спастична диплегія, найпоширеніша форма ДЦП, за характером рухових порушень є тетрапарезом, тобто уражені верхні і нижні кінцівки, проте ноги уражені більшою мірою;

- геміпаретична форма ДЦП, що характеризується ураженням односторонніх руки та ноги, верхня кінцівка, переважно, більше вражається і правосторонній геміпарез зустрічається частіше.

2. Набуті в молодому віці порушення функцій опорно-рухового апарату:

- ампутація, тобто оперативне видалення периферичного відділу кінцівки; зазвичай, проведення ампутації було після автомобільної катастрофи та інших трагічних випадків у житті молодої людини;

- множинні пошкодження опорно-рухової системи після дорожньо-транспортної пригоди;

- пошкодження хребта з подальшою паралізацією нижніх кінцівок, внаслідок дорожньо-транспортних пригод, травм на виробництві.

3. Порушення функцій опорно-рухового апарату внаслідок участі в операції об'єднаних сил:

- Ампутація - оперативне видалення периферичного відділу кінцівки після поранень та травмувань;

- множинні пошкодження опорно-рухової системи після поранень та травмувань;

- пошкодження хребта з подальшою паралізацією нижніх кінцівок, внаслідок поранень.

Емпіричне дослідження проводилося в п'ять етапів:

1) Перший етап - вивчення психолого-медичної документації, бесіди з досліджуваною молоддю, медичними працівниками та практичними психологами установ. Зазначений етап дослідження проводився в умовах дотримання конфіденційності та етичних принципів.

2) На другому етапі дослідження здійснювалося порівняльне емпіричне дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату та молоді з типовим розвитком.

3) На третьому етапі проводилося емпіричне дослідження особливостей соціальної адаптації молоді з вродженими та набутими, зокрема і під час участі в ООС, порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

4) На четвертому етапі проводилося дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації та їх компонентного складу молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

5) На п'ятому етапі дослідження визначалися факторні структури психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з вродженими ПФОРА, молоді з набутими ПФОРА та ветеранів ООС з ПФОРА. Встановлена прогностична динаміка трансформації факторів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА за часом їх утворення.

Можливість створення типології психологічних механізмів соціальної адаптації та визначення специфіки компонентного складу зазначених механізмів у молоді з вродженими ПФОРА, з набутими ПФОРА та з набутими ПФОРА під час участі в ООС розглядаються як показники завершеності системного дослідження.

3.2. Дослідження особливостей Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

В останні роки в Україні активно впроваджуються програми соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності. Для успішності зазначеного

процесу необхідно проводити якісну діагностику особистісних особливостей, зокрема дослідження самоаналізу професійних можливостей, оцінки сімейної взаємодії, особистісних ресурсів, а також співставлення власних уявлень про себе з вимогами навколишнього середовища та сучасного суспільства. Зазначені особливості розкриваються у дослідженні Я-концепції особистості [329].

Першим етапом у розробці опитувальника дослідження Я-концепції молоді з ПФОРА було здійснення аналізу наукових праць, які розкривали зміст та структуру Я-концепції особистості (І. Беха, І. Кона, Г. Крайга, К. Роджерса, М. Савчина, А. Фурмана та інших [26; 120; 133; 243; 256; 309]). Особливості розвитку Я-концепції у осіб з обмеженнями життєдіяльності, зокрема з ПФОРА, висвітлені у працях О. Романенко, А. Шевцова [248; 249; 354].

Опорною структурою для розробки опитувальника стала представлена у теоретичному розділі структурно-функціональна модель психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА [402]. Стрижневим компонентом зазначеної моделі є особистісне ядро - Я-концепція особистості з ПФОРА, в якій досліджуються традиційні компоненти: Я-фізичне (складний біосоціальний комплекс, який складається з досвіду функціонування індивіда як фізичного об'єкта і формується під впливом оцінок фізичного тіла з боку соціального оточення, існуючих норм, уявлень і стереотипів); Я-психічне (включно з ідентичністю та генеративністю); Я-соціальне, в якому виділено Я-професійне (становлення професійної ідентичності, професійний досвід), Я-сімейне (член сім'ї, доросла дитина, шлюбний партнер, батько або матір), Я-учнівське (досвід та спрямованість суб'єкта навчальної діяльності).

Другим етапом у розробці психодіагностичного опитувальника було застосування методу контент-аналізу. Контент-аналіз – якісно-кількісний метод вивчення документів, який характеризується об'єктивністю висновків і строгістю процедури та полягає у квантифікаційній обробці тексту з подальшою інтерпретацією результатів. Предметом контент-аналізу можуть бути як проблеми соціальної дійсності, які висловлюються або навпаки приховуються в

документах, так і внутрішні закономірності самого об'єкта дослідження [127].

Основні операції контент-аналізу були розроблені американськими аналітиками Х. Лассуелом і Б. Берельсоном, концептуальні положення розробили російські та естонські фахівці А. Алексєєв, Ю. Вроглайд, П. Віхалемм, Б. Грушин, Д. Дрідзе [196]. У вітчизняній науці розробкою проблеми контент-аналізу займалися Н.Танатар, А.Федорчук та інші [295].

За результатами аналізу наукової літератури (В. Барсанов, М. Горшкова, Н. Танатар, А. Федорчук, Ф. Шерега [21; 196; 295] було визначено процедуру проведення контент-аналізу:

1. Підготовчий етап: формування емпіричної теорії дослідження, гіпотези дослідження піддаються верифікації на даних інформаційного масиву.

2. Відбірковий етап: вибиралася науково-теоретична література з психологічних, педагогічних та соціальних наукових джерел. Смисловими одиницями були поняття в галузі психологічної науки: Я-концепція особистості, ідентичність, професійна ідентичність, самоосвіта, образ тіла та інші поняття психологічного змісту.

3. Визначення емпіричних моделей аналізу. Проведення вибірки: вибір матеріалів науково-практичного психологічного змісту за період з 2012 року по 2018 рік.

4. Розробка методики контент-аналізу: а) класифікація соціальних ситуацій відповідно до досліджуваної проблеми; б) визначення одиниць в аналізі; в) перевірка надійності методики.

У пошуковій системі Google був проведений контент-аналіз найбільш вживаних словосполучень із смисловими одиницями «образ тіла», «ідентичність», «Я-концепція», «професійна ідентичність», «самоосвіта» впродовж 2012-2018 років (Додаток А).

За результатами контент-аналізу встановлено, що найбільш вживане словосполучення в пошуковій системі Google – «ідентичність – результат діяльності». Зазначена особливість вказує на провідну тенденцію в сучасному суспільстві – становлення професіоналізму та професійної ідентичності. Тобто

розвиток професійної ідентичності можна вважати основною вимогою суспільства. У відсотковому співвідношенні найбільш вживані словосполучення з смисловими одиницями: Я-сімейне – 34%, Я-учнівське – 29% (Рис.3.2.).

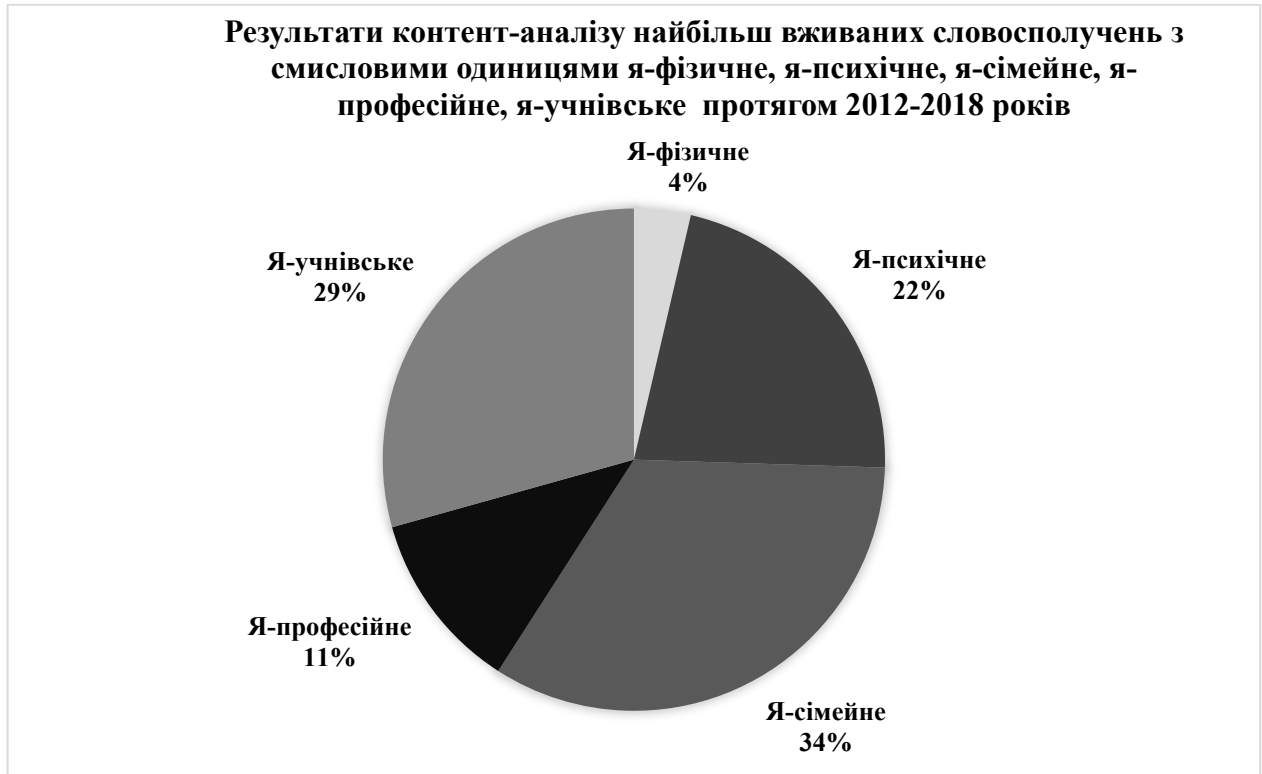


Рисунок 3.2. Результати контент-аналізу найбільш вживаних словосполучень з смисловими одиницями Я-фізичне, Я-психічне, Я-сімейне, Я-професійне, Я-учнівське впродовж 2012-2018 років

Зазначена особливість може вказувати на переважаючу зацікавленість українських інтернет-користувачів сімейною проблематикою та власним розвитком і пізнанням. Цікавим є той факт, що Я-фізичне займає досить невисоку відсоткову позицію (4%) в порівнянні з іншими смисловими одиницями. В структурно-функціональній моделі психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА (І. Чухрій [402]), зокрема в компонентному складі Я-концепції молоді з ПФОРА, Я-фізичне представлене як складова, що має важливе значення для молоді з обмеженнями життєдіяльності, оскільки заначений компонент не пройшов належного

формування в попередніх стадіях розвитку і залишається проблемною зоною внаслідок порушень фізичних функцій молоді людини. Незначні показники за результатами контент-аналізу категорії Я-фізичного можна пояснити тим, що вибірка користувачів інтернет ресурсів з обмеженнями життєдіяльності значно менша у відсотковому співвідношенні з користувачами з типовим розвитком, відповідно до співвідношення осіб з інвалідністю та типовим розвитком в Україні [385].

У науковому дослідженні Л. Матохнюк визначені вікові характеристики інтернет-користувачів, з них: 58 % – підлітки і молодь у віці 15-30 років, 29 % – користувачі у віці 31 – 45 років, що вказує на значну частину інтернет-користувачів періоду молодості [172].

За результатами контент-аналізу були вибрані найбільш вживані словосполучення, які були застосовані в розробці тексту опитувальника (Додаток А).

Під час третього етапу дослідження було проведено експертний аналіз. Для перевірки ефективності та достовірності змісту опитувальника було залучено 7 експертів: дипломовані психологи (працівники центрів соціально-психологічної реабілітації молоді з обмеженнями життєдіяльності), доктори та кандидати психологічних і педагогічних (у галузі корекційної освіти) наук. На початковому етапі дослідження експерти отримали результати контент-аналізу, з якого було визначено найбільш відповідні твердження, які характеризували основні складові Я-концепції молоді з ПФОРА. Кожне із тверджень експерти віднесли до відповідного компонента Я-концепції: Я-фізичне, Я-психічне, Я-соціальне: Я-сімейне, Я-професійне та Я-учнівське.

На четвертому етапі був розроблений бланк опитувальника та інструкція до нього. При роботі із зазначеною шкалою досліджуваний оцінює ступінь погодження або непогодження з пропонованим висловом від «майже завжди» - 3 бали до «майже ніколи» - 0 балів у розробленому опитувальнику. Загальна сума відповідей з кожного компонента Я-концепції вказує на проблемні зони в їх розвитку. Якщо показник низький або відсутній порівняно з іншими

компонентами, то можна зробити припущення про наявність затримки розвитку даної складової Я-концепції, що потребує психокорекційної та психотерапевтичної допомоги (окрім компонента Я-фізичне). Компоненти з найбільшою кількістю балів, ще й значним відривом від інших вказують на гіперкомпенсуючу функцію зазначеного компонента Я-концепції особистості. При гармонійному розвитку особистості сума балів між компонентами Я-концепції приблизно однакова, окрім Я-фізичного. Я-фізичне як компонент Я-концепції молоді з обмеженнями життєдіяльності виокремлюється внаслідок або особливостей розвитку дитини з інвалідністю, або як результат дії процесів розпаду внаслідок пережитої травми в дорослому віці. Для молоді з типовим розвитком Я-фізичне – не достатньо значущий компонент відповідно до специфіки вікових особливостей [133].

П'ятим етапом розробки методики була апробація розробленого опитувальника. В дослідженні взяла участь молодь віком від 21 до 35 років, загальна кількість осіб – 150. Оскільки методика призначена для діагностики особливостей розвитку молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, то апробацію опитувальника бажано проводити за участі молоді з типовим розвитком, для подальшого визначення вектора психокорекційної роботи (Л. Виготський).

Для визначення взаєв'язку між шкалами розробленого опитувальника і шкалами психодіагностичних методик вже апробованих у психологічній практиці було проведено кореляційний аналіз Пірсона за допомогою комп'ютерної програми SPSS 16.0 for Windows.

Для встановлення надійності опитувальника було застосовано коефіцієнт альфа Кронбаха ($\alpha > 0,8$). Зазначений коефіцієнт вираховувався за показниками результату кореляційного аналізу між показниками розробленого опитувальника та методиками: методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда, діагностикою провідних тенденцій поведінки в реальній групі та уявлень про себе «Q-Сортування» В. Стефансона, методикою «Шкала самооцінки» Ч. Спілберга, Ю. Ханіна, методикою діагностики

показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки, методикою діагностики типу поведінки в конфлікті К. Томаса (адаптація Н.В.Гришиної), тестом для діагностики механізмів психологічного захисту Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Конте, методикою діагностики копінг-механізмів Е. Хейма.

Встановлено кореляційні зв'язки з високим ($p < 0,05$) і середнім ($p < 0,01$) рівнями значимості: між Я-фізичним та шкалами прийняття себе ($r = 0,333$), емоційним комфортом ($r = 0,349$), особистісною тривожністю ($r = -0,361$); негативний кореляційний зв'язок з шкалами неприйняття себе ($r = -0,325$), емоційним дискомфортом ($r = -0,344$), компенсацією ($r = -0,124$); Я-психічним та незалежністю ($r = 0,304$), поведінковим механізмом ($r = 0,381$), особистісною тривожністю ($r = -0,366$), рівнем депресивності ($r = -0,673$); Я-професійним та прийняттям боротьби ($r = 0,333$), ескапізмом ($r = -0,341$); Я-сімейним і прийняттям інших ($r = 0,304$); Я-учнівським і пізнавальним механізмом ($r = 0,325$).

Був отриманий коефіцієнт ретестової надійності для кожної зі шкал опитувальника, він склав більше 0,7. Це дає підстави стверджувати про високий ступінь надійності опитувальника у цілому. Нормальність розподілу показників кожної шкали опитувальника перевірялася за критеріями Колмогорова-Смирнова і Пірсона. Результати перевірки засвідчили відсутність суттєвих відхилень за усіма шкалами.

Опис опитувальника «Дослідження особливостей Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату» (Додаток Б.) [385].

Опитувальник дозволяє дослідити особливості розвитку основних компонентів Я-концепції молоді з ПФОРА: Я-фізичне, Я-психічне, Я-соціальне: Я-сімейне, Я-професійне, Я-учнівське. В опитувальнику запропоновані твердження, які потрібно оцінити за шкалою від 0 до 3 балів, у залежності зі ступенем погодження або непогодження з пропонуваним висловом від «майже завжди» - 3 бали до «майже ніколи» - 0 балів. За результатами дослідження можна встановити проблемну зону розвитку Я-концепції молоді з обмеженнями життєдіяльності (проблемна зона – компонент Я-концепції, який набрав

найменшу кількість балів) для подальшого планування психокорекційної допомоги.

За допомогою шкал обробки даних підраховується кількість балів за шкалами відповідними складовим Я-концепції молоді людини з ПФОРА: Я-фізичне, Я-психічне, Я-соціальне: Я-сімейне, Я-професійне, Я-учнівське. Найбільша кількість балів відповідає найбільш розвиненому компоненту Я-концепції, потрібно враховувати компенсаторну функцію зазначеного компонента при непропорційно низькій кількості балів за іншими компонентами. Компонент з найнижчою кількістю балів – це «проблемна» зона молоді з обмеженнями життєдіяльності, яка потребує психокорекції.

У результаті дослідження був розроблений опитувальник «Дослідження особливостей Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату» (Додаток Б.). За результатами дослідження встановлено, що у досліджуваній молоді з типовим розвитком (Додаток В.) компоненти Я-психічне (21,19 %), та Я-професійне (21,56 %) розвинуті майже однаково, також виявлені переважання показників за шкалою Я-сімейне (27,33 %), що відповідає основним завданням вікового періоду молодості. Компонент Я-учнівське (20,39 %) також набрав належну кількість балів, проте меншу за описані вище компоненти. За результатами контент-аналізу Я-учнівське займало провідну позицію внаслідок переважно пізнавальної специфіки досліджуваних за інтернет ресурсами. За результатами експериментального дослідження Я-фізичне (9,53 %) було найменш вираженим компонентом, оскільки не відповідає провідним завданням молодості [385]. В подальшому науковій роботі розроблений опитувальник буде застосовуватися при дослідженні особливостей Я-концепції осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

3.3. Діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації молоді

Для дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації та їх компонентного складу, відповідно до представленої у попередньому розділі дисертаційного дослідження структурно-функціональної моделі психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА, було розроблено та апробовано психодіагностичний опитувальник.

Відповідно до зазначеної структурно-функціональної моделі, опорною структурою якої була чотиривимірна структура особистості В.Рибалки-А.Шевцова [354], психологічні механізми соціальної адаптації групуються у такий спосіб (кожен з зазначених механізмів має адаптивну та дезадаптивну стратегії дії): пізнавальний механізм (соціально-психолого-індивідуальний та діяльнісний виміри), поведінковий механізм (діяльнісний вимір), емоційно-афективний механізм (соціально-психолого-індивідуальний та діяльнісний виміри), комунікативний механізм (соціально-психолого-індивідуальний вимір) та мотиваційно-вольовий механізм (соціально-психолого-індивідуальний та діяльнісний виміри) [402].

На основі теоретичного узагальнення проблеми психологічних механізмів соціальної адаптації у межах системного, структурно-функціонального, соціологічного, особистісно-орієнтованого, когнітивного, поведінкового, діяльнісного підходів був розроблений опитувальник для дослідження особливостей психологічних механізмів соціальної адаптації осіб вікового періоду молодості.

Першим етапом у розробці психодіагностичного опитувальника було застосування методу якісно-кількісного вивчення документів – контент-аналізу. Зазначений метод полягає у квантифікаційній обробці тексту з подальшою інтерпретацією результатів. Предметом контент-аналізу можуть бути як проблеми соціальної дійсності, які висловлюються або навпаки приховуються в документах, так і внутрішні закономірності самого об'єкта дослідження [127].

Контент-аналіз проводився із застосуванням пошукової системи Google упродовж 2012-2018 років. Метою дослідження було встановлення найбільш часто вживаних слів із словосполученнями: «пізнавальний механізм», «поведінковий механізм», «емоційно-афективний механізм», «комунікативний механізм», «мотиваційно-вольовий механізм».

Процедура контент-аналізу [21; 116; 196; 291; 295; 300]:

1. Підготовка програми аналізу документів. Формування емпіричної теорії дослідження, гіпотези дослідження піддаються верифікації на даних інформаційного масиву.

2. Відбір джерел аналізу. Було вибрано науково-теоретичну літературу з психологічних, педагогічних та соціальних наукових джерел.

Смисловими одиницями будуть поняття в галузі психології: психічні процеси, стани, властивості, функції, механізми та інші, терміни психологічного змісту.

3. Визначення емпіричних моделей аналізу. Проведення вибірки: вибір матеріалів науково-практичного змісту, психологічного змісту за період з 2012 року по 2018 рік.

4. Розробка методики контент-аналізу:

а) класифікація соціальних ситуацій відповідно до досліджуваної проблеми;

б) визначення одиниць в аналізі;

в) перевірка надійності опитувальника.

Контент-аналіз найбільш вживаних слів з словосполученнями «пізнавальний механізм», «поведінковий механізм», «емоційно-афективний механізм», «комунікативний механізм», «мотиваційно-вольовий механізм» у пошуковій системі Google упродовж 2012-2018 років (Додаток Г, Додаток Г.) [320].

На другому етапі розробки методики було залучено 7 експертів: дипломовані психологи, доктори та кандидати психологічних та педагогічних наук. На початковому етапі дослідження експерти отримали результати контент-

аналізу, з якого було визначено найбільш відповідні психологічні механізми соціальної адаптації молоді. Кожне із запропонованих тверджень експерти віднесли до відповідного психологічного механізму соціальної адаптації, а також запропонували власні варіанти тверджень.

На третьому етапі був створений бланк опитувальника. Зазначений опитувальник був розроблений за принципом Лайкерта. При роботі з зазначеною шкалою досліджуваний оцінює ступінь погодження або непогодження з пропонуваним висловом від «повністю згоден» - 3 бали в розробленому опитувальнику, до «повністю незгоден» - 0 балів в опитувальнику. Ставлення до досліджуваних особливостей, які вказують на специфіку пізнавального, поведінкового, емоційно-афективного, комунікативного, мотиваційно-вольового механізмів, ґрунтуються на простих судженнях та представлені у вигляді потенціалу від адаптивної стратегії через нейтральну точку до дезадаптивної стратегії зазначених механізмів. Що дозволяє з'ясувати ступінь упевненості досліджуваних та визначити провідну стратегію з відповідним психологічним механізмом.

Четвертим етапом дослідження була апробація створеного опитувальника. Дослідження проводилося з молоддю з типовим розвитком для визначення особливостей вікових особливостей зазначеного періоду для подальшого визначення вектора психокорекційної роботи з молоддю з ПФОРА. В дослідженні взяла участь молодь з типовим розвитком (від 21 до 35 років) - 150 осіб.

Для визначення взаєзв'язку між шкалами розробленого опитувальника і шкалами психодіагностичних методик вже апробованих в психологічній практиці було проведено кореляційний аналіз Пірсона за допомогою комп'ютерної програми SPSS 16.0 for Windows.

Для встановлення надійності опитувальника було застосовано коефіцієнт альфа Кронбаха ($\alpha > 0,8$). Зазначений коефіцієнт вираховувався за показниками результату кореляційного аналізу між показниками розробленого опитувальника та методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і

Р. Даймонда, діагностикою провідних тенденцій поведінки в реальній групі та уявлень про себе «Q-Сортування» В. Стефансона, методикою «Шкала самооцінки» Ч. Спілберга, Ю. Ханіна, методикою діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки, методикою діагностики типу поведінки в конфлікті К. Томаса (адаптація Н.В. Гришиної), тестом для діагностики механізмів психологічного захисту Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Конте, методикою діагностики копінг-механізмів Е. Хейма.

За всіма п'ятьма механізмами були знайдені кореляційні зв'язки з іншими методиками, проте переважна більшість зв'язків отримані за поведінковим, емоційно-афективним та мотиваційно-вольовим механізмами розробленого опитувальника.

Встановлено наступні кореляційні зв'язки з високим ($p < 0,05$) і середнім ($p < 0,01$) рівнями значимості. Між адаптивною стратегією поведінкового механізму визначено позитивний кореляційний зв'язок з шкалами прийняття себе ($p < 0,340$) та прийняття інших ($p < 0,406$), також встановлено негативний кореляційний зв'язок з шкалами дезадаптація ($p < -0,452$), неприйняття себе ($p < -0,608$), неприйняття інших ($p < -0,473$), емоційний дискомфорт ($p < -0,550$), зовнішні конфлікти ($p < -0,469$), відомість ($p < -0,472$), ескапізм ($p < -0,316$), роздратування ($p < -0,440$), образа ($p < -0,338$), підозрілість ($p < -0,311$), пристосування ($p < -0,304$), витіснення ($p < -0,360$), регресія ($p < -0,438$), заміщення ($p < -0,395$), гіперкомпенсація ($p < -0,421$), реактивна ($p < -0,495$) та особистісна тривожність ($p < -0,375$).

При дослідженні дезадаптивної стратегії поведінкового механізму встановлено її позитивний зв'язок з дезадаптацією ($p < 0,486$), неприйняттям себе ($p < 0,569$), неприйняття інших ($p < 0,418$), емоційним дискомфортом ($p < 0,531$), зовнішнім конфліктом ($p < 0,446$), підлеглістю ($p < 0,426$), роздратуванням ($p < 0,441$), образливістю ($p < 0,315$), витісненням ($p < 0,321$), регресією ($p < 0,381$), заміщенням ($p < 0,328$), гіперкомпенсацією ($p < 0,406$), реактивною ($p < 0,390$) та особистісною тривожністю ($p < 0,318$).

Аналізуючи результати за адаптивною стратегією емоційного механізму, було виявлено значимі позитивні кореляційні зв'язки з шкалами адаптація ($p < 0,318$), прийняття інших ($p < 0,405$), прийняття себе ($p < 0,373$), незалежність ($p < 0,308$). Негативний зв'язок виявлено з шкалами неприйняття себе ($p < -0,337$), неприйняття інших ($p < -0,345$), емоційний дискомфорт ($p < -0,538$).

Деадаптивна стратегія емоційного механізму мала позитивний кореляційний зв'язок з деадаптацією ($p < 0,452$), неприйняттям себе ($p < 0,454$), неприйняттям інших ($p < 0,427$), емоційним дискомфортом ($p < 0,582$), зовнішнім конфліктом ($p < 0,360$), реактивною ($p < 0,459$) та особистісною ($p < 0,387$) тривожністю.

Адаптивна стратегія комунікативного механізму має позитивний кореляційний зв'язок із шкалами прийняття інших ($p < 0,316$) та співробітництво ($p < 0,308$). Негативний зв'язок виявлено з шкалою суперництво ($p < -0,376$).

Деадаптивна шкала комунікативного механізму має позитивний кореляційний зв'язок з шкалами підозрілість ($p < 0,305$) та суперництво ($p < 0,327$).

Адаптивна стратегія пізнавального механізму має негативний кореляційний зв'язок з шкалами брехні ($p < -0,328$) та неприйняття інших ($p < -0,341$). Деадаптивна стратегія пізнавального механізму має позитивний зв'язок з шкалами деадаптація ($p < 0,324$), неприйняття інших ($p < 0,365$) та брехня ($p < 0,309$).

При дослідженні мотиваційно-вольового механізму виявлено, що деадаптивна стратегія зазначеного механізму має негативний кореляційний зв'язок з шкалами ескапізм ($p < -0,338$), фізична агресія ($p < -0,387$), непряма агресія ($p < -0,357$), роздратування ($p < -0,495$), образа ($p < -0,415$) і підозрілість ($p < -0,417$); а деадаптивна стратегія має зв'язок з шкалами: деадаптація ($p < 0,440$), брехня ($p < 0,360$), неприйняття себе ($p < 0,414$), неприйняття інших ($p < 0,373$), підлеглість ($p < 0,373$), ескапізм ($p < 0,421$), образа ($p < 0,337$) [320].

Після повторної психометричної перевірки (п'ятий етап) опитувальника було отримано наступне: коефіцієнт ретестової надійності для кожної зі шкал

опитувальника, що відповідають чотирьом стилям реагування на зміни, складає більше 0,7. Це дає підстави стверджувати про високий ступінь надійності опитувальника у цілому. Нормальність розподілу показників кожної шкали опитувальника перевірялася за критеріями Колмогорова-Смирнова і Пірсона. Результати перевірки засвідчили відсутність суттєвих відхилень за усіма шкалами.

Опис опитувальника «Діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації молоді» (Додаток Д.) [320].

Опитувальник дозволяє дослідити адаптивні та дезадаптивні стратегії психологічних механізмів соціальної адаптації особистості та призначений для молоді (віком від 20 до 40 років). В опитувальнику запропоновані твердження, які потрібно оцінити за шкалою від 0 до 3 балів, проте таким чином, щоб сума балів в одній парі тверджень (Твердження А та Твердження В в одному ряду) має дорівнювати 3 балам. За результатами дослідження можна встановити особливості розвитку психологічних механізмів (пізнавальний, поведінковий, комунікативний, емоційно-афективний, мотиваційно-вольовий) соціальної адаптації з їх біполярним потенціалом ставлення (адаптивне чи дезадаптивне).

У результаті наукового дослідження був розроблений та експериментально апробований опитувальник «Діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації особистості» (Додаток Д.). Встановлено, що у досліджуваної молоді з типовим розвитком (Додаток Е.) переважають адаптивні стратегії пізнавального (15,11%) та поведінкового (15,11%) психологічних механізмів соціальної адаптації, що відповідає важливим завданням періоду молодості (Г. Крайг [140]), зокрема професійному становленню, що відбувається у постійній самоосвіті та професійному вдосконаленні, виробленні відповідних патернів поведінки, у процесі чого продовжує розвиватися ідентичність, що у нашому дисеретаційному дослідженні належить до компонента Я-концепції – Я-психічне.

Одже, досліджуваній молоді притаманні форми поведінки спрямовані на аналіз труднощів, що виникають, та можливих шляхів їх подолання, научіння та здобуття адаптаційного індивідуального досвіду, підвищення самооцінки та

самоконтролю, усвідомлення власної цінності як особистості, віра у власні ресурси додання складних ситуацій, вміння та стратегії розв'язувати психологічні задачі, пов'язані з соціальною адаптацією, пізнанням своєї активності у контексті психосоціальної активності.

Встановлено, що у молоді з типовим розвитком провідними поведінковими стратегіями є співпраця з досвідченими людьми, пошук підтримки в найближчому соціальному середовищі на надання її іншим, компроміс, прийняття «боротьби».

Найвищі показники дезадаптивних проявів за шкалами емоційно-афективного (7,33%) (поведінка з пригніченим емоційним станом, станом безнадії, піддатливості, переживання злості та провини, що покладаються на себе та на інших, відсутність позитивних переживань) та комунікативного (6,94%) (неадекватні та конфліктні форми спілкування, які призводять до соціальної дезадаптації і міжособистісних та групових конфліктів) механізмів вказують на важливість близьких стосунків та створення сім'ї у зазначеному віковому періоді, що в нашому дослідженні виокремлено у проблемну зону. Важливо зазначити, що на досліджувану молодь впливають: соціально-економічна ситуація в країні, проходження на території України окупаційних військових дій та інші несприятливі фактори, що можуть спровокувати дезадаптивні особистісні прояви такі, як переживання негативних емоційних станів, проблеми комунікації та інші [320].

3.4. Обґрунтування методів та методик дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Система дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА була реалізована через розробку комплексної методики, що складалася з чотирьох блоків орієнтовно до специфіки їх компонентного складу та системоутворювальних зовнішніх факторів і внутрішніх чинників, зокрема Я-

концепції особистості. Теоретико-методологічним підґрунтям запропонованої системи дослідження була структурно-функціональна модель психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА І. Чухрій.

І блок. Дослідження Я-концепції молоді ПФОРА як стрижневого утворення психологічних механізмів соціальної адаптації ускладнене нестачею розробкою психодіагностичного інструментарію, зокрема для дослідження специфіки розвитку Я-концепції особистості з ПФОРА.

Було розроблено, апробовано та проведено процедуру стандартизації опитувальника «Дослідження особливостей Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату». Зазначений опитувальник досліджує особливості компонентного складу Я-концепції молоді з ПФОРА. Основні компоненти, досліджувані в опитувальнику, були визначені відповідно до теоретичного аналізу даної проблеми та розробленої системно-функціональної моделі психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА.

Виокремлено такі основні компоненти Я-концепції особистості з ПФОРА: Я-фізичне (уявлення про образ власного тіла); Я-психічне (уявлення про власну ідентичність); Я-соціальне розкрите у такому компонентному складі: Я-професійне (становлення професіоналізму; професійного досвіду), Я- сімейне (образ себе як члена сім'ї, дорослої дитини, шлюбного партнера, батька або матері), Я-учнівське (усвідомлення як суб'єкта навчальної діяльності).

Важливо зазначити, Я-фізичне – це специфічний для молоді з ПФОРА компонент Я-концепції, оскільки у молоді з типовим розвитком його значення не провідне.

Застосування зазначеного опитувальника важливе для встановлення пропорційності розподілу компонентів Я-концепції особистості з ПФОРА. У випадку недостатнього прояву одного з компонентів, можливе компенсаторне збільшення прояву інших компонентів. Важливо дослідити зазначені особливості для визначення векторів психокорекційного впливу. Для гармонізації особистості важливим є пропорційний розподіл показників за шкалами всіх досліджуваних компонентів Я-концепції. Непропорційне

збільшення одного з досліджуваних компонентів може вплинути на адаптаційні можливості особистості (адаптивна функція Я-концепції).

II блок. Дослідження соціальної адаптації молоді з ПФОРА.

Для дослідження особливостей соціальної адаптації особистості та дослідження таких особистісних осей як віковий, генетичний та нозологічний виміри було розроблено анкету дослідження особистих даних молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату (соціальний анамнез) А. Шевцовим, І. Чухрій (Додаток Є.).

За допомогою представленої анкети збирався соціальний анамнез молоді з ПФОРА. Хоча в анкеті є пункти, де потрібно вказати прізвище та ім'я, зазначений пункт не обов'язковий для заповнення з метою збереження достовірності та конфіденційності даних. Досліджуваним пропонується внести у бланк дані (у випадку, якщо досліджуваний не міг заповнити анкету самостійно, анкету заповнював асистент або сам дослідник) про: наявність вроджених або набутих порушень функцій опорно-рухового апарату, вік, освіту, або навчання в закладах освіти, професію, працевлаштованість, сімейний стан, кількість дітей та електронну адресу.

Запитання запропоновані в анкеті дозволять зібрати оптимальний соціальний анамнез для подальшого визначення особливостей соціальної адаптації, зокрема приналежність до соціальних інститутів, освіченості, працевлаштованості та особливостей наявних у молоді порушень функцій опорно-рухового апарату, наявних у молоді.

Для подальшого дослідження особливостей соціальної адаптації було застосовано методику діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда. Варто зауважити, що шкали зазначеної методики застосовувалися для визначення особливостей психологічних механізмів соціальної адаптації у подальшому науковому дослідженні.

У зазначеному опитувальнику визначаються показники за шкалами з біпорярними проявами вияву, а саме: адаптованість – дезадаптованість, прийняття себе – неприйняття себе, прийняття інших – неприйняття інших,

емоційний комфорт – емоційний дискомфорт (застосовується при дослідженні специфіки емоційно-афективного психологічного механізму), внутрішній контроль – зовнішній контроль (застосовується при дослідженні мотиваційно-вольового механізму), домінування – підлеглість, ескапізм. Зазначені шкали розкривають здебільшого специфіку соціально-психологічної адаптації, проте при дослідженні соціальної адаптації обґрунтування більшості шкал є доречним для з'ясування специфіки зазначеної адаптації з подальшим застосуванням методики у дослідженні психологічних механізмів.

Важливим аспектом є те, що в інтерпретації опитувальника розробниками визначені зони невизначеності (адаптивність – 68-136), а саме: показники до зони невизначеності (адаптивність – < 68) інтерпритуються як надзвичайно низькі, а показники після зони невизначеності (адаптивність – $136 >$) - як високі. Важливо враховувати гіперкомпенсаторні особливості молоді з ПФОРА, які можуть виводити показники за зазначеним дослідженням за межі вказаної статистичної норми.

III блок. Комплексне дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА складалося з такого психодіагностичного інструментарію:

Методика діагностики копінг-механізмів Е.Хейма, що дозволяє дослідити адаптивні та неадаптивні механізми (копінг-стратегії) особистості. За результатами дослідження визначається адаптивний або ж неадаптивний прояви когнітивних, емоційних та поведінкових копінг-механізмів.

Емоційні копінг-механізми у своєму адаптивному прояві представлені у шкалах емоційне зняття напруги, пасивна кооперація та характеризуються поведінкою спрямованою або на зняття напруги спровокованої життєвими труднощами, або ж емоційне відреагування; дезадаптивний прояв зазначених механізмів представлених у шкалах – пригнічення емоцій, покірність, самозвинувачення, агресивність і характеризуються загальним пригніченим емоційним станом, станами: безнадії, підкорення, злості, перекладання провини на оточуючих.

Когнітивні копінг-механізми в адаптивному виявленні розкриваються у шкалах відносності, надання смислу, релігійності та характеризуються наявністю форм поведінки спрямованих на оцінку життєвих перешкод та їх спокійному, стійке подолання; дезадаптивний прояв зазначеного механізму виражений у шкалах покірності, розгубленості, дисиміляції, ігнорування, для яких характерні такі прояви, як відмова від подолання складних ситуацій внаслідок недооцінки власних сил та інтелектуальних ресурсів.

Поведінкові копінг-механізми у відносно адаптивному прояві представлені шкалами компенсації, відволікання, конструктивної активності та характеризуються поведінкою, що відволікає від вирішення проблем, а саме, зануренням у діяльність, подорожжі, здійсненням мрій; дезадаптивні форми вияву зазначених механізмів представлені у шкалах активного уникання, відступ та інтерпретуються як уникання думок про неприємності, прагнення до самотності, ізоляції, відмова від вирішення проблем.

Варто зазначити, що у представленій методиці не визначаються рівні вияву копінг-механізмів, можна визначити лише ступінь прояву (найбільш/найменш застосовуваний) механізмів у порівнянні один з одним.

Опитувальник індекс життєвого стилю Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Конте / тест для діагностики механізмів психологічного захисту було застосовано відповідно до того, що під час соціальної адаптації особистістю утворюються механізми психологічного захисту, що виникають у результаті захисної функції Я-концепції особистості. У представленій методиці досліджуються такі захисні механізми: витіснення, регресія, заміщення, заперечення, проекція, компенсація, гіперкомпенсація, раціоналізація. Характеристика описаних шкал була розкрита в теоретичних розділах наукового дослідження, важливо зазначити, що названі механізми виникають як захист на фрустраційну життєву ситуацію і всі вони можуть виявлятися у особистості з різним ступенем прояву.

Для дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації особистості, а зокрема молоді з ПФОРА, не розроблено спеціального

психодіаностичного методу, що і спонукало до розробки авторського опитувальника - діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації молоді. Метою запропонованої методики є дослідження адаптивних та дезадаптивних стратегій пізнавального, поведінкового, емоційно-афективного, комунікативного та мотиваційно-вольового механізмів. Апробація зазначеного опитувальника відбувалася за участю молоді з типовим розвитком, що дозволить визначити вектори психокорекційного впливу на зазначені психологічні механізми соціальної адаптації молоді з ПФОРА. Опитувальник представлений у попередньому параграфі дисертації, він є стрижневою основою емпіричного (констатувального та формувального) дослідження.

IV блок. Дослідження компонентів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА: поведінкового, комунікативного, емоційно-афективного та мотиваційно-вольового.

Для дослідження специфіки психологічних механізмів соціальної адаптації були застосовані: діагностика провідних тенденцій поведінки в реальній групі та уявлень про себе методика "Q- Сортування" В. Стефансона; методика діагностики типу поведінки в конфлікті К. Томаса (адаптація Н. Гришиної); діагностика рівня соціальної фрустрації Л. Вассермана (модифікація В. Бойка); методика «Шкала самооцінки» Ч. Спілберга, Ю. Ханіна; методика діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація А. Осницького); методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (модифікація Т. Балашової); шкали методик: методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда, методики діагностики копінг-механізмів Е. Хейма; індекс життєвого стилю Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Конте / тест для діагностики механізмів психологічного захисту, діагностики психологічних механізмів соціальної адаптації молоді І. Чухрій.

Результати показників даних за представленими методиками були згруповані відповідно до їх приналежності до поведінкового, комунікативного,

емоційно-афективного, пізнавального та мотиваційно-вольового психологічних механізмів у адаптивному та дезадаптивному їх проявах.

Емоційно-афективний психологічний механізм розкривається за показниками таких шкал методик: емоційно-афективний механізм – адаптивні/дезадаптивні стратегії (діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації молоді І. Чухрій); емоційний копінг-механізм- адаптивні/дезадаптивні стратегії (методика діагностики копінг-механізмів Е. Хейма); емоційний комфорт, емоційний дискомфорт (шкали методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда); реактивна та особистісна тривожність (методика «Шкала самооцінки» Ч. Спілберга, Ю. Ханіна); соціальна фрустрованість (діагностика рівня соціальної фрустрації Л. Вассермана (модифікація В. Бойка)); депресивні стани визначалися за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (модифікація Т. Балашової)), фізична агресія, непрямая агресія, роздратування, негативізм, образливість, підозрілість, вербальна агресія, провина (методика діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація А.К. Осницького)).

Отже, емоційно-афективний механізм як спосіб перетворення організації особистості та взаємодії з соціальним середовищем діє через переживання переважно емоційних станів різної модальності, внаслідок чого утворюються стійкі емоційні властивості особистості.

Комунікативний механізм: комунікативний механізм – адаптивні/дезадаптивні стратегії (діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації молоді І. Чухрій); комунікативний копінг-механізм-адаптивні/дезадаптивні стратегії (методика діагностики копінг-механізмів Е. Хейма); товарицькість, нетоварицькість, залежність, незалежність мають комунікативну та поведінкову складові (діагностика провідних тенденцій поведінки в реальній групі та уявлень про себе методика "Q- Сортування" В. Стефансона); прийняття інших, неприйняття інших (шкали методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда).

Тобто комунікативний механізм соціальної адаптації розглядається як прагнення до комунікації або ж його відсутність, активність в комунікативному процесі та здатність до взаємодії з оточуючими.

Поведінковий механізм: поведінкові механізми – адаптивні/ дезадаптивні стратегії (діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації молоді І. Чухрій); поведінкові копінг-механізми – адаптивні/дезадаптивні стратегії (методика діагностики копінг-механізмів Е. Хейма); товариськість, нетовариськість, залежність, незалежність мають комунікативну та поведінкову складові (діагностика провідних тенденцій поведінки в реальній групі та уявлень про себе методика "Q- Сортування" В.Стефансона); уникання, суперництво, співпраця, пристосування (методика діагностики типу поведінки в конфлікті К. Томаса (адаптація Н. Гришиної)).

Поведінковий механізм соціальної адаптації представлений у стратегіях поведінки, зокрема у конфліктних ситуаціях, поведінковій активності, прагненні до взаємодії з оточенням або ж у його відсутності, залежності або самостійності.

Пізнавальний механізми: пізнавальний механізм – адаптивні/ дезадаптивні стратегії (діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації молоді І. Чухрій); когнітивний копінг-механізм – адаптивні/дезадаптивні стратегії (методика діагностики копінг-механізмів Е. Хейма); ескапізм, внутрішній контроль (шкали методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда); раціоналізація (шкала опитувальника індекс життєвого стилю Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Конте / тест для діагностики механізмів психологічного захисту).

Пізнавальний механізм представлений через когнітивні копінг-механізми та локус контролю, як передумови пізнавальної активності, аналізу труднощів або ж у захистному поясненні ускладнень що виникають, у вмінні розв'язувати психологічні задачі або ж у відході від проблем.

Мотиваційно-вольовий механізм: мотиваційний – адаптивні/ дезадаптивні стратегії (діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації молоді І. Чухрій); внутрішній контроль, зовнішній контроль (шкали методики

діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда); прийяття боротьби, неприйяття боротьби (шкали методики діагностика провідних тенденцій поведінки в реальній групі та уявлень про себе методика "Q-Сортування" В.Стефансона).

Мотиваційно-вольовий механізм визначається як внутрішньо-мотиваційні стратегії, контролюючо-вольові якості, які призводять до соціальної адаптації або ж дезадаптації, окрім внутрішніх спонукань можуть, моделюватися відповідно до зовнішніх впливів.

Проблема удосконалення та розробки психодіагностичного інструментарію для дослідження особливостей психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА має кілька напрямків. По-перше, необхідно дослідити стрижневе особистісне утворення зазначених механізмів – Я-концепцію молоді з ПФОРА, а по-друге, дослідити специфіку соціальної адаптації молоді з ПФОРА. Зазначені завдання були вирішені за допомогою авторської розробки методів дослідження.

Дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА, їх компонентного складу та адаптивного або ж дезадаптивного способів виявлення потребувало укомплектування методик дослідження або ж окремих шкал зазначених методик, а також авторської розробки опитувальників для дослідження специфіки психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА.

Висновки до розділу 3

1. Розробка методології інструментарію дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА здійснювалася відповідно до структурно-функціональної моделі психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату І. Чухрій. Основні етапи дослідження та відповідний психодіагностичний комплекс дослідження були представлені в системі дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Методологічну основу запропонованої системи склали праці вітчизняних та зарубіжних науковців у межах системного, особистісно-орієнтованого, соціально-психологічного, корекційно-педагогічного та спеціально-психологічного підходів. Узагальнення концептуальних підходів слугувало підґрунтям для виокремлення базових принципів дослідження: детермінізму, об'єктивності, системно-синергетичного, аналізу за одиницями, генетичного та загальнореабілітаційного.

2. Виокремлений психодіагностичний інструментарій групувався у такий спосіб: дослідження структури Я-концепції молодої людини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату; дослідження соціальної адаптації молодої людини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату; комплексне дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату; дослідження компонентів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату: поведінкового, комунікативного, емоційно-афективного, мотиваційно-вольового, пізнавального.

3. Для дослідження стрижневого утворення психологічних механізмів соціальної адаптації – Я-концепції особистості молоді з ПФОРА було розроблено опитувальник «Дослідження особливостей Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату». Апробація опитувальника проводилася за участю молоді з типовим розвитком для визначення напрямів

психокорекційної роботи з молоддю з обмеженнями життєдіяльності. За результатами дослідження встановлено, що у досліджуваної молоді з типовим розвитком компоненти Я-психічне, Я-сімейне, Я-професійне достатньо розвинуті із значною перевагою у показниках Я-сімейного. Компонент Я-учнівське також набрав належну кількість балів, проте меншу за описані попередньо компоненти. За результатами контент-аналізу Я-учнівське займало провідну позицію внаслідок переважно пізнавальної специфіки досліджуваних інтернет ресурсів. За результатами експериментального дослідження Я-фізичне було найменш вираженим компонентом, оскільки у молоді з типовим розвитком він не відповідає основним завданням досліджуваного вікового періоду.

4. Для вирішення завдань наукового дослідження було розроблено та експериментально апробовано опитувальник «Діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації особистості». Апробація опитувальника проводилася відповідно до вимог і за участі молоді з типовим розвитком для визначення зони психокорекційного впливу у подальшій психокорекційній роботі. В результаті дослідження було встановлено, що у досліджуваної молоді переважають пізнавальний та поведінковий психологічні механізми соціальної адаптації, а найвищі показники дезадаптивних стратегій за шкалами емоційно-афективного та комунікативного механізмів. Зазначені особливості можна пояснити віковими особливостями, зокрема професійного становлення, що передбачає самоосвіту та професійне вдосконалення, особливостями подальшого розвитку ідентичності та складністю встановлення близьких стосунків, що містять емоційні переживання. Важливо зазначити, що на досліджувану молодь впливають: соціально-економічна ситуація в країні, проходження на території України окупаційних військових дій та інші несприятливі фактори, що можуть спровокувати дезадаптивні особистісні прояви.

Практична значущість розробленої системи дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА полягає в тому, що вперше запропоноване комплексне дослідження психологічних механізмів соціальної

адаптації молоді з ПФОРА з виявленням компонентів стрижневого особистісного утворення зазначених механізмів – Я-концепції молоді з ПФОРА, дослідженням специфіки соціальної адаптації молоді з ПФОРА, укомплектуванням методик для дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА, їх компонентного складу та адаптивного або ж дезадаптивного способів виявлення. Можливість створення типології психологічних механізмів соціальної адаптації та визначення специфіки компонентного складу зазначених механізмів у молоді з вродженими, з набутими та з набутими під час участі в ООС ПФОРА розглядаються як показники завершеності системного дослідження.

РОЗДІЛ 4

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

4.1. Особливості Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Дослідження особливостей психологічних механізмів соціальної адаптації проводилося відповідно до запропонованої в теоретичній частині дисертаційного дослідження структурно-функціональної моделі соціальної адаптації молоді з ПФОРА [402] та запропонованої емпіричної моделі дослідження зазначених механізмів [361].

Для дослідження особливостей Я-концепції та її основних компонентів молоді з ПФОРА було застосовано опитувальник дослідження особливостей Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату І. Чухрій (Таблиця 4.1; рис. 4.1.).

Таблиця 4.1.

Дослідження компонентного складу Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату (n=426)

Компоненти Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату	Середнє значення показників компонентів Я-концепції (у %)		
	Показники молоді з вродженими ПФОРА (n=158)	Показники молоді з набутими ПФОРА (n= 148)	Показники ветеранів ООС з набутими ПФОРА (n= 120)
Я-фізичне	16,70	22,27	17,71
Я-психічне	18,19	18,91	21,49
Я-професійне	22,49	29,83	24,05
Я-сімейне	21,61	12,60	23,65
Я-учнівське	21,01	16,39	13,10

За результатами дослідження Я-концепції молоді з вродженим дизонтогенезом встановлено, що у структурі Я-концепції поряд з основними конструктами, притаманними віку молодості (Я-особистісне, Я-сімейне, Я-професійне та Я-учнівське), наявний компонент Я-фізичне (Таблиця 4.1.; Рисунок 4.1.). Зазначений компонент (Я-фізичне) при наявності обмежень життєдіяльності набуває стійкого характеру і значного відсоткового співвідношення порівняно з іншими компонентами.

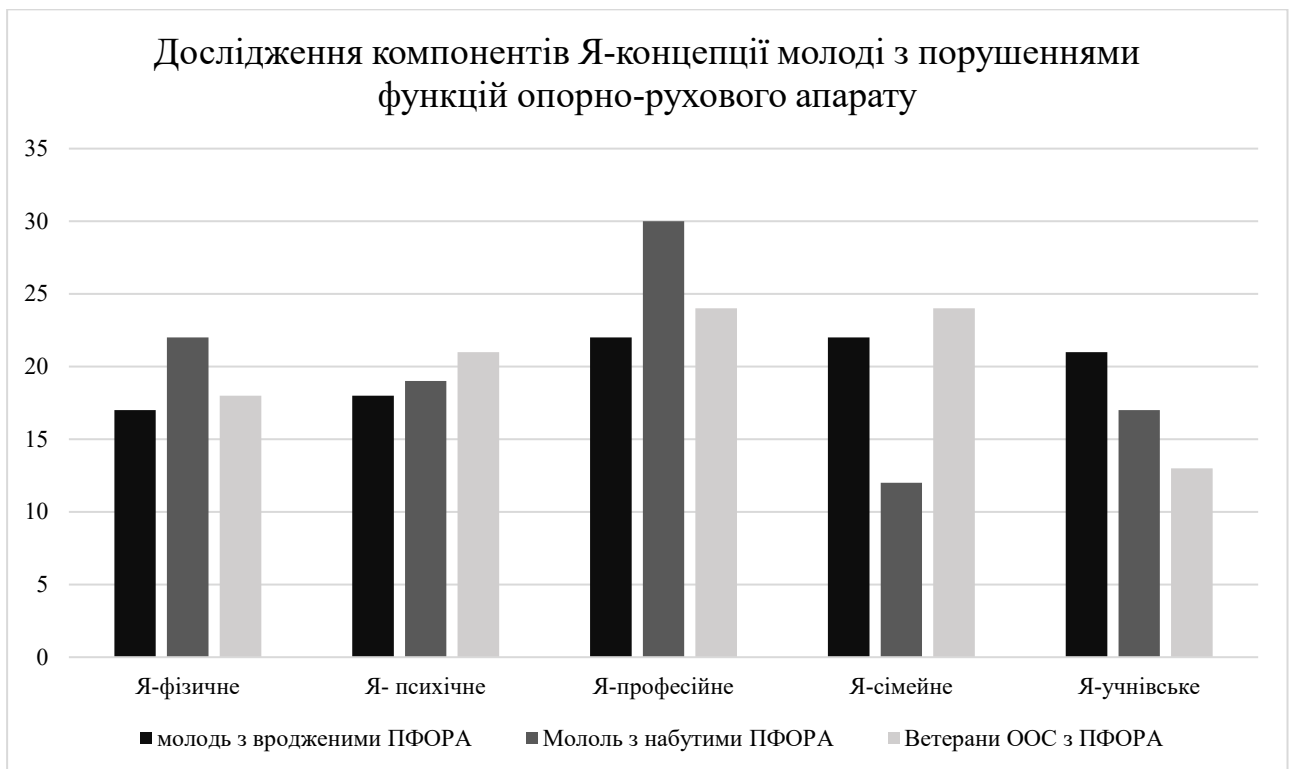


Рисунок 4.1. Дослідження компонентів Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Встановлено, що провідне місце у структурі Я-концепції молоді з вродженим дизонтогенезом посідає компонент Я-професійне (22,49 %). За результатами подальших досліджень та з огляду літератури з професійного становлення молоді з обмеженнями життєдіяльності встановлено, що у більшості молоді з вродженими порушеннями ПФОРА є проблеми з працевлаштуванням та подальшим професійним розвитком. Проте основним завданням молодості є професійний розвиток, що і вказує на важливість

додаткового розгляду проблеми професійного становлення молоді з обмеженнями життєдіяльності [133; 209; 323].

Переважання Я-професійного у молоді з ПФОРА може бути зумовлено їх залученням у систему професійного навчання та професійною пропагандою в центрах соціально-психологічної реабілітації, які вона відвідує. Також спостерігається тенденція прагнення молоді до навчання та оволодіння новими професіями молоддю, що утворює складність переходу до трудової діяльності.

Причини ускладнень переходу до трудової діяльності різні – особистісна неготовність молоді до трудової діяльності, труднощі у прилаштуванні до вимог роботодавця або складності адаптування до трудового колективу і, відповідно, не всі трудові колективи готові до сприйняття молоді з інвалідністю, особливо в конкурентних умовах. Не завжди робоче місце для молоді з ПФОРА обладнане відповідно до її потреб, зокрема вбиральні, не завжди є належний безбар'єрний доступ до всіх необхідних споруд. Велике значення мають відповідно обладнані транспортні засоби та інше. Наразі, в Україні впроваджуються пілотні програми та проекти, що стають підґрунтям для змін на законодавчому рівні щодо покращення не лише умов праці молоді з обмеженнями життєдіяльності, але й цілий ряд заходів, спрямованих на її соціально-психологічну адаптацію.

Другий за значущістю компонент Я-концепції молоді з ПФОРА – Я-сімейне, що займає 21,61 % від загального компонентного складу. Більшість досліджуваних не має власної сім'ї і проживає в батьківських. Незаперечним є той факт, що у більшості випадків молоді з вродженим дизонтогенезом перебуває у залежних стосунках з членами сім'ї, переважно з матерями, оскільки вони піклуються та допомагають у навиках самообслуговування молодим людям з вродженими ПФОРА впродовж усього життя. Зазначена залежність посилює переживання, побоювання щодо можливостей самостійного існування та унеможливує процес сепарації молоді з дизонтогенезом від родини. Високий відсотковий показник за зазначеним компонентом може вказувати на його

значущість та, можливо, наявність фантазій про власну сім'ю (не батьківську) молодих людей з обмеженнями життєдіяльності. Молодь прагне до стосунків, проте існує цілий ряд психологічних та соціальних перешкод для здійснення їхніх мрій. Провідне місце займають батьківські стереотипи: у сприйнятті дорослої дитини з обмеженнями життєдіяльності батьки несвідомо інфантилізують її [286; 335], внаслідок відсутності відповідного статевого виховання молодь з ПФОРА може мати складності у сприйнятті оточенням їхньої чоловічої та жіночої ідентичності (зокрема батьками, які інфантилізують такі важливі для розвитку особистості новоутворення). В Україні інтенсивно впроваджуються програми не лише статевого виховання осіб з обмеженнями життєдіяльності, але й програми спрямовані на розвиток інституту сім'ї осіб з обмеженнями життєдіяльності. На жаль, саме молодь з вродженими обмеженнями життєдіяльності переживає найбільші труднощі у встановленні стосунків з протилежною статтю та у створенні власної сім'ї. Зазначена проблема ускладнюється також пануванням негативних стереотипів у суспільстві, що успішно долаються під впливом реформування соціальної політики в державі [321].

Провідна позиція Я-сімейного в структурі Я-концепції молоді з вродженими ПФОРА може вказувати на те, що у молоді є прагнення до створення власної сім'ї, прагнення до любові, яке внаслідок нереалізованості зазначених бажань може перетворюватися у відмову і категоричне заперечення або ж у реалізування зазначених бажань у мріях та фантазіях, що іноді призводить до розмивання меж з реальністю або ж до проявів цинічного ставлення до осіб протилежної статі.

Встановлено, що такий компонент Я-концепції молоді з ПФОРА, як Я-учнівське (21,01 %), також розвинутий на достатньому рівні. Зважаючи на доступність різноманітних освітніх послуг та прогресивні зміни в навчанні осіб з обмеженнями життєдіяльності, це цілком зрозуміло. Молодь має змогу здобувати різні види освіти, а проблемна зона, як уже зазначалося, - це перехід до трудової діяльності.

У молодості провідне місце посідає розвивальне Я (Д. Ловінгер), що поєднує у собі аспекти когнітивного розвитку (діалектичне мислення, смислові системи, розвиток відповідальності, гнучкість інтелекту) та розвитку особистості, що сприяють безперервному розвитку особистості, розумінню себе та інших людей. Тобто конструкт Я-учнівське взаємопов'язаний із значним, за результатами дослідження, конструктом Я-психічне.

У порівнянні з іншими конструктами, Я-психічне (Таблиця 4.1., Рисунок 4.1.) має нижче відсоткове співвідношення (18,19 %), що може засвідчувати про рівень складності його розвитку. В періоді молодості особистість перебуває на автономній стадії свого розвитку, перед проходженням якої долає перехідну стадію на якій оволодіває здатністю виявляти терплячість до парадоксальних стосунків. Під час автономної стадії молодь краще усвідомлює внутрішні конфлікти між особистісними потребами та власними ідеалами, а також між власним сприйняттям і сприйняттям іншими людьми одних і тих самих подій. Більше розвивається розуміння інших людей, виявляється терплячість та повага до поглядів, вирішення життєвих проблем, вибору друзів та занять. Засудження інших змінюється на визнання та прийняття власних рішень іншими.

На жаль, значна кількість особистісних перешкод, що спричинені не лише внутрішніми чинниками, але й зовнішніми факторами, перешкоджають гармонійному розвитку особистості молоді з обмеженнями життєдіяльності, що потребує психологічної та психотерапевтичної допомоги.

Зважаючи на вище зазначене, відсоткове значення конструкту Я-психічне – нижче за показники Я-професійне та Я-сімейне. Проте, зважаючи на недостатній розвиток адекватності сприйняття Я-професійного і Я-сімейного, можливо, показник Я-психічне, а саме диспропорційність зазначених показників, розкриває реальну ситуацію формування Я-концепції молоді з обмеженнями життєдіяльності.

Особливої уваги заслуговує наявність компонента Я-фізичне в структурі Я-концепції молодих людей з вродженими ПФОРА (Таблиця 4.1., Рисунок 4.1.). Я-фізичне представлено у значущому відсотковому співвідношенні (16,7 %), що

вказує на те, що зазначений компонент рівнозначущий з іншими вже представленими компонентами. За результатами теоретичного аналізу встановлено, що Я-фізичне – це компонент Я-концепції, що займає провідне місце на ранніх етапах розвитку особистості, що пов'язано з розвитком власного тілесного самосприйняття, пізнання власного тіла та зовнішнього предметного світу. І, відповідно, Я-фізичне не є основним компонентом Я-концепції молоді з типовим розвитком, проте відсоткові показники компонента Я-фізичне у осіб з вродженими обмеженнями життєдіяльності вказують на те, що зазначений компонент входить до особистісного яра і є провідним.

За результатами теоретичного дослідження встановлено, що у випадку значних порушень здоров'я Я-фізичне, як компонент Я-концепції молоді з ПФОРА, не втрачає своєї значущості з дорослішанням, а набуває особливого значення (С. Гілберт, Ю. Томпсон та інші) [406].

За результатами дослідження Я-концепції молоді з набутими у молодості ПФОРА (Таблиця 4.1., Рисунок 4.1.) встановлено, що найвище відсоткове значення має компонент Я-професійне (29,83 %), тобто зазначений компонент є актуальним для досліджуваної групи і посідає гіперкомпенсуюче положення, оскільки переважає показники інших компонентів. Зазначенні особливості можуть виявлятися внаслідок особистісного прагнення молоді з набутими обмеженнями життєдіяльності працевлаштовуватися та через впровадження на державному рівні програм соціальної адаптації молоді з інвалідністю, зокрема програм працевлаштування та соціального супроводу на робочому місці.

Я-фізичне – значущий у відсотковому співвідношенні компонент (22,27 %), його провідне значення виникло внаслідок розпаду вже сформованого до періоду молодості самосприйняття своєї зовнішності через набуття інвалідності та порушення функцій опорно-рухового апарату. Молоді потрібно пристосовуватися не лише до вагомих порушень здоров'я, але й до зміни звичного режиму життя.

На противагу Я-професійному та Я-фізичному – компонент Я-сімейне має нижче відсоткове значення (12,6 %), що розкриває реальну ситуацію життя

молоді з набутими обмеженнями життєдіяльності. Молоді люди з набутими обмеженнями життєдіяльності мають складності у налагоджуванні стосунків із протилежною статтю і створенням власної сім'ї, що може створювати прогалину, що заповнюється переважанням інших життєвих прагнень, зокрема гіперкомпенсовано виглядає компонент Я-професійне.

Важливим для гармонійного розвитку особистості є врівноважена позиція всіх основних компонентів Я-концепції, а саме: Я-психічного, Я-учнівського, Я-професійного, Я-сімейного. Можливо, Я-фізичне, яке підвищилося у відсотковому співвідношенні внаслідок втрати функцій опорно-рухового апарату, внесло такий стрімкий дисбаланс у компонентний склад. Втрата функцій опорно-рухового апарату в періоді ранньої зрілості може спричинювати ряд негативних емоційно-поведінкових реакцій, серед них: переживання стресу, реакції втрати, депресії, посттравматичний стресовий розлад, можливі зловживання алкоголем та психоактивними речовинами, небажання соціальної взаємодії та інші [111]. Проте зазначені негативні особливості не є закономірними, особливо при підтримці молоді родиною, друзями, соціально-психологічному супроводі.

За результатами емпіричного дослідження Я-концепції молоді з набутими ПФОРА встановлено, що Я-психічне (18,91 %) та Я-учнівське (16,39 %) є достатньо розвинутими, проте не провідними компонентами. Такі особливості можна пояснити гіперкомпенсованою дією Я-професійного та Я-фізичного. Відомо, що в розвитку Я-учнівського та Я-психічного в періоді молодості провідне значення має розвиток рефлексії та саморефлексії (самоаналізу власних переживань, думок та вчинків), можливі різкі та болісні зміни в способі життя, самосприйнятті, побуті та інших сферах життєдіяльності, наявність психічного та фізичного болю внаслідок втрати ФОРА дещо уповільнюють саморефлексію та розвиток пов'язаних з нею компонентів [323].

За результатами дослідження встановлено, що до структури Я-концепції досліджуваних ветеранів з ПФОРА (Таблиця 4.1., Рисунок 4.1.) належать такі компоненти: Я-фізичне, Я-психічне, Я-професійне, Я-сімейне, Я-учнівське.

Особливого значення заслуговує поява Я-фізичного в особистісній структурі молодих ветеранів, оскільки цей компонент, як уже було зазначено, не суттєвий для молоді, і його поява може бути зумовлена набуттям ПФОРА. Втрата ФОРА спричинює порушення фізичної цілісності, що й викликає внутрішні перебудови Я-концепції особистості.

За результатами дослідження особливостей Я-концепції ветеранів з ПФОРА (Таблиця 4.1, Рисунок 4.1.), встановлено, що компоненти Я-концепції учасників дослідження розвинуті нерівномірно: найвище відсоткове значення за показниками Я-професійне (24,05 %) та Я-сімейне (23,65 %), компонент Я-психічне має 21,49 %, а найнижчі показники за компонентами Я-фізичне (17,71 %) та Я-учнівське (13,1 %). Зазначена нерівномірність може спричинювати особистісну дезадаптованість та породжувати гіперкомпенсацію нерозвинутих компонентів домінуючими [133]. Можна припустити, що високі показники за компонентом Я-сімейне розвинулися внаслідок переважної активності членів сімей ветеранів з порушеннями функцій опорно-рухового апарату в налагоджуванні їх соціальної адаптації. Дружини, в більшості випадків, не тільки підтримують ветеранів, але є ініціаторами включення учасників бойових дій у процес комплексного реабілітування (психологічного, педагогічного, професійного, медичного, техніко-середовищного) [338].

Високі показники за компонентом Я-професійне можуть вказувати на те, що досліджувані ветерани розуміють необхідність працевлаштування, проте зазначена потреба не реалізована, оскільки більшість з досліджуваних не були працевлаштовані (Таблиця 4.1).

Низькі показники за компонентом Я-учнівське (13,1 %), що може вказувати на проблемну зону, а саме: складності самореалізації, саморозвитку та підвищення власної професійної компетенції можуть пояснюватися зміною провідної діяльності в періоді молодості (трудова діяльність).

Компонент Я-фізичне, хоча і не мав високих відсоткових показників, проте займає достатньо вагоме місце – 17,71%. Зазначена особливість є відмінною від показників молоді з типовим розвитком, і є ознакою регресу до попередніх

стадій розвитку особистості або трансформаційним процесом Я-концепції. Вірогідно, що поява Я-фізичного в структурі Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату внаслідок участі в антитерористичній операції і спричинила розбіжності в розвитку основних її компонентів.

При розгляді структури Я-концепції всіх трьох виборок (молоді з вродженими, набутими ПФОРА та ветеранів з набутими ПФОРА) можна зробити висновок про нерівномірність розвитку її компонентів та наявність такого компонента, як Я-фізичне у всіх досліджуваних. Також, у порівнянні з іншими досліджуваними, більш наближені до гармонійного, рівного розподілу компоненти молоді з вродженими ПФОРА, що може бути зумовлено поступовими, хоч і нерівномірними процесами дизонтогенезу, на противагу раптовому набуттю інвалідності з кардинальними змінами в житті молоді з набутими обмеженнями життєдіяльності.

Компонент Я-фізичне має найвищі показники у осіб з набутими ПФОРА, що вказує на його важливість або незгасле гостре переживання набуття інвалідності.

Я-психічне найбільш розвинуте у ветеранів ООС, що може свідчити про особистісний внесок у захист Вітчизни та зміст самого героїчного вчинку. При умові належної соціальної підтримки та захисту, вчинок ветеранів підкріплюється соціальною значущістю і утримує процеси розпаду або переструктурування особистісних сенсів, які виникають при набутті інвалідності.

На противагу іншим досліджуваним, у молоді з набутими ПФОРА Я-професійне має вище відсоткове значення, що може бути зумовлене активним впровадженням на державному рівні програм працевлаштування та професійної адаптації молоді з інвалідністю. Молодь з вродженими ПФОРА більш пасивна у процесі працевлаштування, а ветерани з ПФОРА, внаслідок нещодавно набутої інвалідизації, ще недостатньо включені в загальний соціально-реабілітаційний простір.

Компонент Я-сімейне у ветеранів ООС з ПФОРА та молоді з вродженими ПФОРА має більше виражене відсоткове значення. У ветеранів це зумовлено тим, що саме сім'я може надати їм необхідну підтримку та допомогу. Якщо, звісно, подружжя зможе подолати складність наслідків участі ветерана у війні та набуття ним обмежень життєдіяльності з усіма доволі ускладненими наслідками. І саме сім'я – це основна інституція, яка зустрічається з проблемами ветеранів один на один, оскільки не завжди ветерани з ПФОРА долучаються до системи комплексного соціального реабілітування (реабілітування переважно здійснюється короткочасно під час перебування ветерана у медичних закладах та участі у соціальних проєктах). Варто зазначити, що молоді люди, що служили разом, надають вагомому підтримку один одному, проте зазначена допомога не може охопити всі необхідні сфери життя.

Переважає Я-сімейного у молоді з дизонтогенезом вказує, вірогідніше, на їх залежність від рідних, зазвичай, не лише емоційну (оскільки процес сепарації ускладнений), але й на побутовому рівні (самообслуговування, харчування та інші проблеми).

Найвище відсоткове значення за компонентом Я-учнівське у молоді з вродженими ПФОРА, що у порівнянні з іншими досліджуваними може вказувати на надання переваги навчанню, а не трудовій діяльності. Ветерани з ПФОРА менше надають перевагу освітньому компоненту, можливо через неможливість перепрофілюватися на інші спеціальності, оскільки переживання травми (війни, набуття інвалідності) може ускладнювати когнітивні функції (особливо страждає пам'ять).

Тобто за результатами дослідження особливостей компонентного складу Я-концепції молоді з ПФОРА встановлено, що такий компонент, як Я-фізичне, що не займає провідного місця у структурі молоді з типовим розвитком, може дестабілізувати компонентний склад та впливати на негармонійний розвиток таких структур, як Я-психічне, Я-професійне, Я-сімейне та Я-учнівське.

Менший розкид у відсотковому співвідношенні компонентів Я-концепції у молоді з вродженим дизонтогенезом, що можна пояснити як поступальний, хоч

і негармонійний їх розвиток. У молоді з набутими ПФОРА травма з набуттям інвалідності вплинула на всі життєві сфери, що призвело до дисгармонізації компонентів Я-концепції.

Для гармонізації і пропорційності компонентів Я-концепції та зменшення сили прояву Я-фізичного молоді з ПФОРА необхідно залучати до заходів психологічної корекції.

4.2. Вивчення особливостей соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Відповідно до емпіричної моделі дослідження, було проведене дослідження особливостей соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Особливості соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності виявлялися за допомогою анкети дослідження особистих даних молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату (соціальний анамнез) А. Шевцова, І. Чухрій та методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда.

За результатами дослідження особливостей соціальної адаптації встановлено (Таблиця 4.2), що більшість досліджуваної молоді з вродженими ПФОРА має незавершену вищу освіту (52,63 %), значна частина має вищу (18,42 %) та середню освіту (18,42 %), середню спеціальну освіту має 7,89 % і незавершену середню 2,64 %. Не зважаючи на високі освітні показники досліджуваних, лише 5,26 % зазначеної молоді працевлаштовані, тобто є значний ряд проблем при переході від навчальної до власне трудової діяльності. В останні роки в Україні впроваджуються численні програми працевлаштування осіб з обмеженнями життєдіяльності, впроваджуються програми соціально-психологічного супроводу на робочому місці, проте зазначена проблема потребує уваги та комплексного вирішення.

За результатами анкетування встановлено, що лише незначна частина досліджуваної молоді перебуває в шлюбі (5,26 %), а більшість – не створила власної сім'ї. Зазначені показники вказують на проблемну зону дослідження, оскільки

прагнення до інтимності як форми міжособистісних взаємостосунків характерне для періоду молодості. Ускладнення взаємостосунків з представниками протилежної статі може викликати ряд негативних переживань, вплинути на самооцінку та сприяти виникненню гострого переживання самотності, яке є провідною характеристикою кризи молодості [111].

Таблиця 4.2.

Соціальні характеристики молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Молодь з порушенням і функцій опорно-рухового апарату	Соціальні характеристики молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату									
	Освіта					Працевлаштованість		Сімейний стан		
	Вища (у %)	Незавершена вища (у %)	Середня спеціальна (у %)	Середня (у %)	Незакінчена середня (у %)	Працевлаштовані (у %)	Непрацевлаштовані (у %)	Перебуває у шлюбі (у %)	Цивільний шлюб (у %)	Неодружені (у %)
Молодь з вродженими ПФОРА (n=158)	18,42	52,63	7,89	18,42	2,64	5,26	94,74	5,26	-	94,74
Молодь з набутими ПФОРА (n=148)	37,50	37,50	12,50	12,50	-	12,50	87,50	-	-	100
Ветерани ООС з набутими ПФОРА (n=120)	8,33	8,33	33,33	41,68	8,33	16,67	83,33	66,66	16,67	16,67

За результатами дослідження особливостей соціально-психологічної адаптації молоді з вродженими ПФОРА за методикою К. Роджерса і Р. Даймонда [33; 233], встановлено (Таблиця 4.3.), що у багатьох досліджуваних

виявлені високі показники адаптованості, середні та низькі – значно нижчі. У науковій літературі завищені показники адаптованості особистості описуються у поняттях «наадапція» або «гіперадаптація». В еволюційній біології поняття «гіперадаптація» трактується як адаптація організму з великим рівнем напруги функцій будь-якого з органів.

Таблиця 4.3.

Особливості соціально-психологічної адаптації молоді з вродженими порушеннями функцій опорно-рухового апарату за методикою К. Роджерса і Р. Даймонда (n=158)

Рівні соціально-психологічної адаптації	Показники соціально-психологічної адаптації молоді з вродженими порушеннями функцій опорно-рухового апарату (у%)												
	Адаптивність	Деадаптивність	Прийняття себе	Неприйняття себе	Прийняття інших	Неприйняття інших	Емоційний комфорт	Емоційний дискомфорт	Внутрішній контроль	Зовнішній контроль	Домінування	Підлеглість	Ескапізм
Високий рівень	68,42	15,79	73,68	10,52	57,89	7,90	50,00	18,42	71,05	13,16	21,05	28,95	50,00
Середній рівень	28,95	71,05	23,68	63,16	42,11	73,68	44,74	57,90	28,95	60,53	68,42	55,26	38,84
Низький рівень	2,63	13,16	2,63	26,32	-	18,42	5,26	23,68	-	26,31	10,53	15,79	13,16

На думку А. Налчаджяна, у психологічній активності людини гіперадаптація виникає при повторному адаптуванні та повторному застосуванні одних і тих самих механізмів. У своїх наукових працях А. Налчаджян ототожнює

гіперадаптацію з персервативною, або фіксованою, адаптацією (наявність стереотипів у поведінці) [186].

Завищені показники адаптивності при наявності значних ускладнень соціальної адаптації (низький рівень працевлаштованості та неможливість створити сім'ю) можуть бути індикаторами фантазійних переживань та підміни реальної життєвої ситуації бажаними мріями. Ці особливості можуть пояснити і переважаючий середній рівень показників дезадаптованості у молоді з вродженими обмеженнями життєдіяльності.

Під час подальшого аналізу даних методики виявлено, що у більшості досліджуваних значущі високі показники за шкалами прийняття себе (73,68 %), прийняття інших (57,89 %), емоційний комфорт (50 %), внутрішній контроль (71,05 %) та ескапізм (50 %).

Тобто відчуття внутрішнього комфорту, що представлено в емоційному комфорті, прийнятті себе, прийнятті інших, супроводжується надмірним бажанням контролювати себе, втечею від дійсності та відходом від реальності (ескапізмом). Можливо, завищені показники внутрішнього контролю спричинені бажанням відповідати на поставлені в опитувальнику запитання відповідно до соціальних очікувань, імовірно, завищений контроль - ознака внутрішнього страху, неможливість контролювати власне тіло - спричинює бажання контролювати навколишню дійсність, що не завжди вдається, внаслідок чого молодь поринає у відхід у фантазії.

При аналізі соціальних характеристик молоді з набутими ПФОРА встановлено (Таблиця 4.2.), що більшість досліджуваних має вищу (37,5%) та незавершену вищу освіту (37,5 %), також частина досліджуваних має середню спеціальну (12,5%) та середню (12,5 %) освіту. На відміну від молоді з вродженими ПФОРА, серед молоді з набутими обмеженнями життєдіяльності осіб з незакінченої середньої освітою не виявлено, що відповідає не ускладненому розвитку до періоду молодості.

Також відсоток працевлаштованих осіб з набутими обмеженнями життєдіяльності вищий (12,5 %), ніж з вродженими ПФОРА. Проте проблема

працевлаштування постає гостро, оскільки 87,5% досліджуваної молоді непрацевлаштована. Тобто можна припустити, що з набуттям обмежень життєдіяльності переважна частина молоді не має можливості працевлаштовуватися, що потребує спеціалізованої підтримки та супроводу.

Визначено, що проблемним питанням для досліджуваної молоді є створення власної сім'ї, що можна пояснити складними внутрішніми трансформаціями внаслідок участі у травматичних подіях (автомобільні аварії, нещасні випадки та інше) та прийняттям самого факту набуття інвалідності після зазначених подій, що можуть викликати ряд важких переживань, які в подальшому ускладнюють взаємодію з оточуючими та створення близьких стосунків з особами протилежної статі.

За результатами дослідження особливостей соціально-психологічної адаптації молоді з набутими ПФОРА за методикою К. Роджерса і Р. Даймонда (Таблиця 4.4.) виявлені переважно високі показники за шкалою адаптивність (87,5%), що, так само як у осіб з вродженими обмеженнями життєдіяльності, вказує на гіперадаптацію, тобто переважання надмірних зусиль для адаптації.

Також виявлені високі показники за шкалами прийняття себе (75%), прийняття інших (62,5%), емоційного комфорту (50%), внутрішнього комфорту (62,5%), надмірність зазначених показників характерна і для осіб з вродженими обмеженнями життєдіяльності, а от показники за шкалою ескапізму мають переважно середнє значення (75%), що вказує на більш реальне сприйняття реалій життя.

Для визначення особливостей соціальної адаптації молоді з набутими ПФОРА внаслідок участі в операції об'єднаних сил було застосовано анкету дослідження особистих даних молоді з ПФОРА (соціальний анамнез) А. Шевцова, І. Чухрій (Додаток Є.).

За результатами проведеного анкетування було встановлено (Таблиця 4.2.), що більшість досліджуваних ветеранів ООС мають середню освіту (41,68%), також значущим є показник середньої спеціальної освіти (33,33%), непрацевлаштовані 83,33% досліджуваних. Тобто після звільнення з військової

служби та набуття статусу інваліда війни переважна більшість досліджуваних має проблеми з працевлаштуванням, що, з одного боку, є загальнодержавною проблемою, недостатньою можливістю забезпечити ветеранів з ПФОРА належними робочими місцями, з іншого боку, існує цілий ряд причин внутрішньої неготовності самих молодих ветеранів з обмеженнями життєдіяльності повертатися або вперше влаштуватися на роботу.

Таблиця 4.4.

Особливості соціально-психологічної адаптації молоді з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату за Методикою К. Роджерса і Р. Даймонда (n=140)

Рівні соціально-психологічної адаптації	Проказники соціально-психологічної адаптації молоді з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату (у%)												
	Адаптивність	Деадаптивність	Прийняття себе	Неприйняття себе	Прийняття інших	Неприйняття інших	Емоційний комфорт	Емоційний дискомфорт	Внутрішній контроль	Зовнішній контроль	Домінування	Підлеглість	Ескапізм
Високий рівень	87,5	12,5	75,0	-	62,5	12,5	50,0	25,0	62,5	-	37,5	12,5	12,5
Середній рівень	12,5	75,0	25,0	62,5	37,5	25,0	50,0	50,0	37,5	100	50,0	87,5	75,0
Низький рівень	-	12,5	-	37,5	-	62,5	-	25,0	-	-	12,5	-	12,5

Як з'ясувалося, за результатами анкетування 66,66 % досліджуваних ветеранів перебувають у шлюбі, 16,67 % - у цивільному шлюбі, зазначені дані вказують на прогресивну динаміку соціального адаптування, оскільки сім'я є

значущим соціальним інститутом, який, з одного боку, надає підтримку ветерану, з іншого, забезпечує розвиток такого важливого для періоду молодості конструкта Я-концепції, як Я-сімейне. Проте ми можемо спрогнозувати, що недостатній відсоток працевлаштованості серед ветеранів ООС з ПФОРА не забезпечує розвитку іншого, також важливого компонента Я-концепції молодій людині, – Я-професійного, що створює внутрішній дисбаланс та ризик негативних проявів. З аналізу наукової літератури встановлено, що у сім'ях військовослужбовців великий ризик конфліктної поведінки, зокрема внаслідок зловживання ветеранами алкоголем [349]. Відсутність місця роботи, складності з прийняттям власних обмежень життєдіяльності та недостатня підтримка держави, зокрема недостатність реабілітаційних послуг, також можуть вносити дисбаланс у взаємовідносини в родині

За результатами дослідження соціально-психологічної адаптації за методикою К. Роджерса і Р. Даймонда ветеранів з ПФОРА (Таблиця 4.5.) встановлено, що у досліджуваних виявлені високі показники за шкалами адаптивність (83,33 %), прийняття себе (75%), прийняття інших (83,33 %), емоційний комфорт (41,67 %), внутрішній контроль (91,67 %). Тобто зазначені результати вказують на надмірність адаптації, прийняття себе та внутрішнього контролю, що є ознакою явища гіперадаптації та надмірного контролю, що з часом може впливати на утворення негативних особистісних властивостей. Високі показники за зазначеними шкалами притаманні всій молоді з ПФОРА, яка брала участь у дослідженні, і тому можна припустити, що гіперадаптація виникає внаслідок набуття обмежень життєдіяльності.

Надмірне прагнення контролювати ситуацію може виникати, як відповідь на надмірну фрустрацію (М.Кляйн, З.Фрейд та інші [117; 305]).

Можна припустити, що досліджувані надавали неправдиві відповіді для покращення результатів дослідження, для представлення себе у кращому вигляді та з інших причин, проте показники за шкалою брехні в межах норми (середнє значення 26,33%), тобто середнє значення або зона невизначеності.

Зважаючи на вище зазначене, можна припустити, що високі показники внутрішнього контролю виникають, як відповідь на надмірно травматичні події, і

вироблені стратегії контролю спрямовані на те, щоб з молодими ветеранами більше не відбулися подібні події.

Таблиця 4.5.

**Особливості соціально-психологічної адаптації ветеранів операції
об'єднаних сил з порушеннями функцій опорно-рухового апарату за
методикою К. Роджерса і Р. Даймонда (n=120)**

Рівні соціально-психологічної адаптації	Показники соціально-психологічної адаптації ветеранів з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату (у%)												
	Адаптивність	Деадаптивність	Прийняття себе	Неприйняття себе	Прийняття інших	Неприйняття інших	Емоційний комфорт	Емоційний дискомфорт	Внутрішній контроль	Зовнішній контроль	Домінування	Відомість	Ескапізм
Високий рівень	83,33	-	75,00	-	83,33	-	41,67	8,33	91,67	-	8,33	8,33	8,33
Середній рівень	16,67	58,33	16,67	41,67	16,67	66,67	50,00	50,00	8,33	50,0	58,33	66,67	75,00
Низький рівень	-	41,67	8,33	58,33	-	33,33	8,33	41,67	-	50,0	33,33	25,00	16,67

Для встановлення статистичних відмінностей між показниками соціально-психологічної адаптації молоді з вродженими та набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату було застосовано t-критерій Стюдента для незалежних виборок. У результаті було зафіксовано статистичні відмінності за шкалою неприйняття себе, вихід статистики за критичні рівні розподілу $t = 3,220$, при критичному теоретичному значенні $2,609$ на рівні значущості $\rho < 0,01$.

За результати дослідження соціальної адаптації молоді з ПФОРА

встановлено, що у молоді з вродженими та набутими ПФОРА є такі спільні особливості: непрацевлаштованість, оскільки молодь з обмеженнями життєдіяльності має складності у працевлаштуванні та подальшому професійному становленні; гіперадаптованість, яка є ознакою дезадаптивності, оскільки адаптування відбувається з надмірними зусиллями та на межі можливостей; завищені показники внутрішнього контролю, що можуть свідчити про надмірне намагання контролювати свої думки та дії, зазначена особливість може бути ознакою невротичних проявів.

Молоді з вродженим дизонтогенезом властиві високі показники неприйняття себе, зовнішнього контролю (переважно здійснюваного батьками), підлеглих та ескапізму, що є ознакою особистісної інфантилізації та недостатнього прийняття реальності складного та швидкозмінюваного життя.

У молоді з набутими ПФОРА переважають, у порівнянні з іншими досліджуваними, показники за шкалою прагнення до домінування, що може бути ознакою дещо агресивно-контролюючого ставлення до оточуючих.

Виявлено, що значна частина ветеранів ООС з ПФОРА має власні (не батьківські) сім'ї, на противагу іншим досліджуваним. Також ветеранам ООС з обмеженнями життєдіяльності притаманні надмірні показники за шкалою внутрішнього контролю, що зумовлено переживанням нещодавньої політравматизації (поєднання участі у військових діях та набуття ПФОРА). Внутрішній контроль виникає як бажання надмірно контролювати свої думки та дії, щоб травматичне переживання не повторювалося, проте зазначені особливості є підґрунтям для утворення порушень психологічного, у деяких випадках психічного здоров'я. Показники низького рівня за шкалою зовнішнього контролю у ветеранів, можуть свідчити про розчарування у суспільних цінностях та суспільному устрої в цілому, що спричинено переосмисленням пережитих ними військових дій та недостатньою підтримкою соціального оточення.

Тобто всі досліджувані потребують соціально-психологічного супроводу як у професійному становленні, так і в міжособистісній взаємодії, і в соціальному адаптуванні в цілому.

4.3. Комплексне дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Для комплексного дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату були застосовані методики: діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації молоді І. Чухрій, методика діагностики копінг-механізмів Е. Хейма; індекс життєвого стилю Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Конте / тест для діагностики механізмів психологічного захисту.

За результатами дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації І. Чухрій молоді з вродженими ПФОРА (Таблиця 4.6.; Рисунок 4.2., Додаток Ж.) встановлено, що найбільш виражені адаптивні стратегії у пізнавальному (20,8%), поведінковому (21%) та мотиваційно-вольовому (20,6%) механізмах. Тобто адаптація здійснюється переважно через форми поведінки, спрямовані на аналіз труднощів, через навчіння та здобуття адаптаційного досвіду, через співпрацю з досвідченими людьми та через внутрішньо-мотиваційні стратегії та контролюючо-вольові якості.

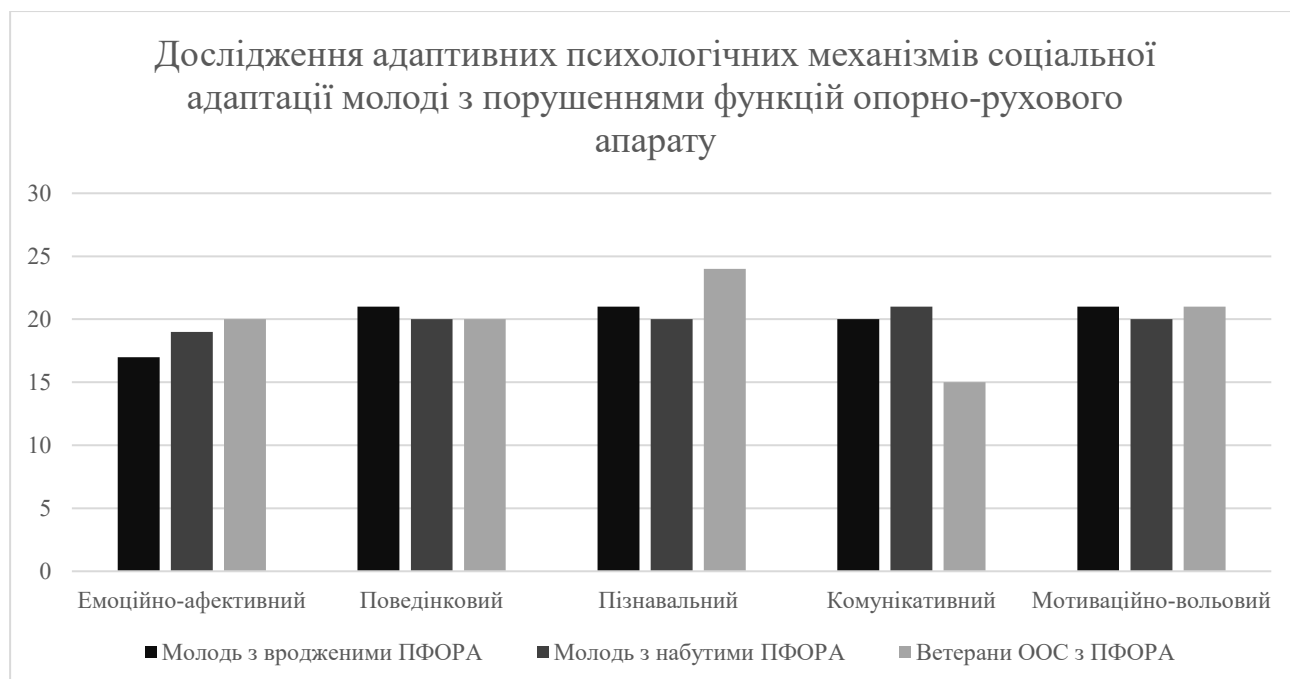


Рисунок 4.2. Дослідження адаптивних психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Найнижчі адаптивні показники у молоді з вродженими ПФОРА були виявлені під час дослідження емоційно-афективного механізму (17,4 %).

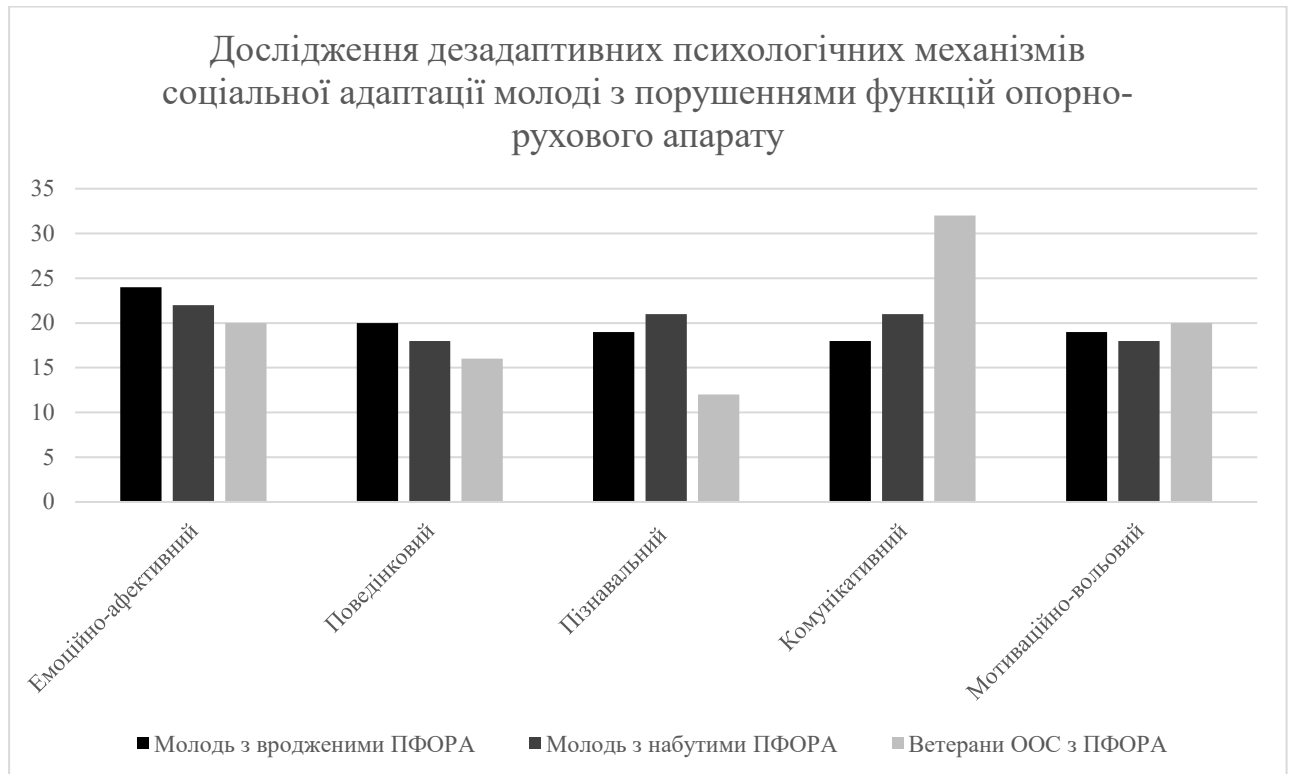


Рисунок 4.3. Дослідження дезадаптивних психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Дезадаптивні стратегії (Таблиця 4.6, Рисунок 4.3., Додаток Ж.) психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з вродженими ПФОРА, відповідно, найбільш виражені за показниками емоційно-афективного механізму (24,15 %), що характеризуються поведінкою з пригніченим емоційним станом, станом безнадії, піддатливості, переживанням злості, провини та низьким рівнем прояву емоційних переживань [321]. Варто зазначити, що дезадаптивні стратегії вказаного механізму можуть дестабілізуюче впливати на весь компонентний склад психологічних механізмів. Наприклад, сильні за вираженням емоційні стани можуть спричинювати ускладнення мисленнєвих операцій, впливати на процеси запам'ятовування та увагу. Є.Ільїн у своїх наукових роботах зазначає, що емоційні розлади, наприклад, впливають на

поведінкову, когнітивну, особистісну сфери людини, її міжособистісну та сімейну взаємодію [81].

Таблиця 4.6

Особливості психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату за опитувальником І. Чухрій (n=426)

Психологічні механізми соціальної адаптації	Стратегії психологічних механізмів	Показники (y %) молоді з вродженими ПФОРА (n=158)	Показники (y %) молоді з набутими ПФОРА (n=148)	Показники (y %) ветеранів ООС з набутими ПФОРА (n=120)
Пізнавальний механізм	адаптивні стратегії	20,80	19,94	24,49
	дезадаптивні стратегії	19,49	21,53	12,32
Поведінковий механізм	адаптивні стратегії	21,00	20,36	19,86
	дезадаптивні стратегії	19,91	17,80	16,01
Емоційно-афективний механізм	адаптивні стратегії	17,40	19,29	20,37
	дезадаптивні стратегії	24,15	21,95	20,34
Комунікативний механізм	адаптивні стратегії	20,20	20,58	14,56
	дезадаптивні стратегії	17,79	21,11	31,67
Мотиваційно-вольовий механізм	адаптивні стратегії	20,60	19,83	20,72
	дезадаптивні стратегії	18,64	17,61	19,66

За результатами діагностики копінг-механізмів за методикою Е.Хейма (Таблиця 4.7., Рисунок 4.4., Додаток 3.) встановлено, що у молоді з вродженими ПФОРА провідним механізмом є когнітивний (39.17 %), тобто є відповідність з високими проявами за показниками пізнавального психологічного механізму за попередньою методикою. Варто зазначити, що переважна більшість

досліджуваних мають вищу та неповну вищу освіту, проте не мають можливості реалізувати її в трудовій діяльності, що вказує на те, що свої пізнавальні можливості молодь з вродженими ПФОРА не може реалізувати відповідно до провідного виду діяльності (праці) зазначеного вікового періоду [321].

Таблиця 4.7.

Діагностика копінг-механізмів молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату за методикою Е.Хейма(n=426)

Копінг-механізми	Показники (у %) молоді з вродженими ПФОРА (n=158)	Показники (у %) молоді з набутими ПФОРА (n=148)	Показники (у %) ветеранів ООС з набутими ПФОРА (n=120)
Когнітивні	39,17	47,96	44,83
Емоційні	32,50	28,59	29,11
Поведінкові	28,33	23,45	26,06

Найменш розвинутим, згідно з дослідженням за методикою Е. Хейма, є поведінковий механізм. Відповідний механізм у розробленому автором дисертаційної роботи опитувальнику має невизначене положення, оскільки є як високі відсоткові значення адаптивних стратегій, так і занадто занижені показники дезадаптивних проявів. Зазначені особливості можуть вказувати на проблемну зону зазначеного механізму.

У розгляді проблеми психологічних механізмів соціальної адаптації варто виокремити механізми психологічного захисту та копінг-механізми. Більшість науковців (Л. Анциферова [16]) розрізняють зазначені механізми за способом адаптації до стресових ситуацій. Захисні механізми проявляються у випадку неосмисленого, несвідомого реагування на стресову ситуацію (Р. Лазарус [136], Р. Плутчик [399], З. Фрейд [305]) виробленого протягом життя, ці інтрапсихічні зусилля спрямовані на розв'язання зовнішніх та внутрішніх конфліктів. Копінг-механізми (Р. Лазарус, Е. Хейм [136; 393]) використовуються людиною свідомо і спрямовані на активну зміну ситуації.

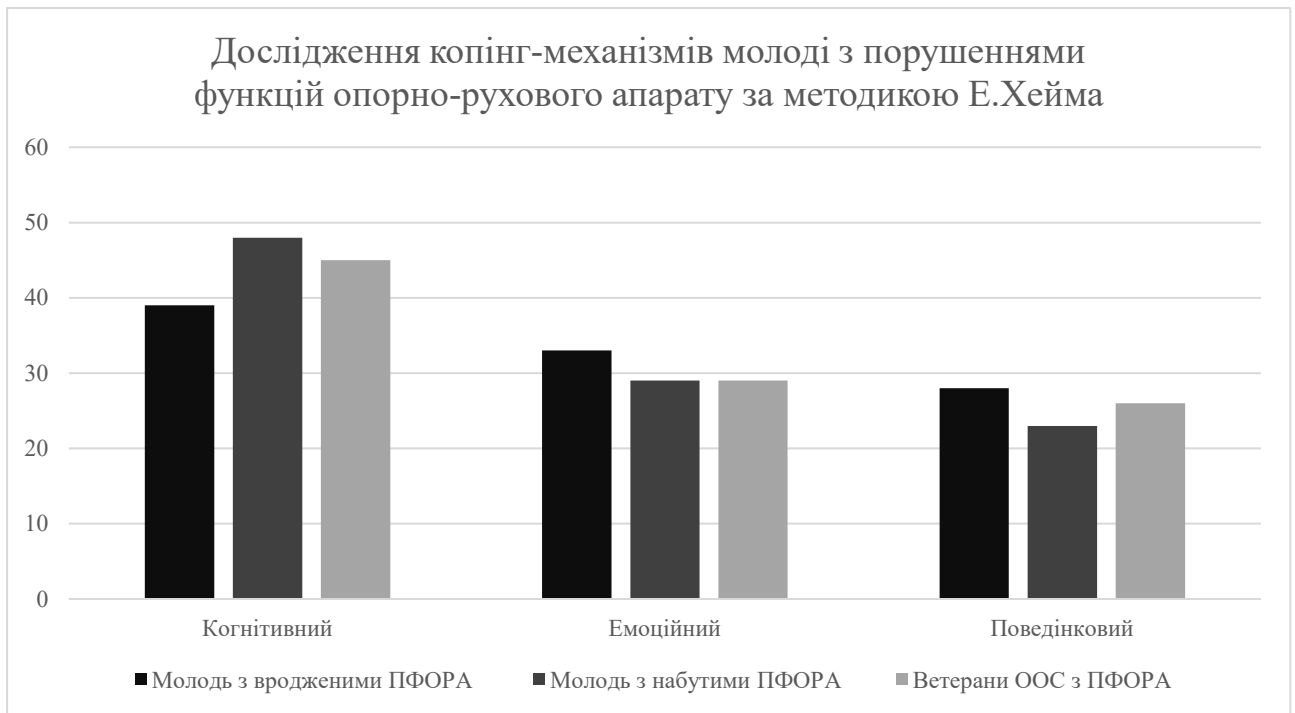


Рисунок 4.4. Дослідження копінг-механізмів молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату за методикою Е.Хейма

За результатами дослідження механізмів психологічного захисту молоді з вродженими обмеженнями життєдіяльності за тестом індекс життєвого стилю Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Конте (Таблиця 4.8, Рисунок 4.5.) встановлено, що провідними механізмами психологічного захисту є регресія (24,07%), проєкція (17,22%) та раціоналізація (15,84%). Переважання психологічного механізму захисту – регресії - вказує на те, що молоді з вродженими ПФОРА притаманні поведінкові реакції, спрямовані на уникання тривоги шляхом переходу до ранньої стадії розвитку лібідо (за концепціями Р. Плутчика [399], З. Фрейда [391]). Особистість при складних фрустраційних впливах змінює необхідні складні рішення на спрощені та досяжні в зазначених ситуаціях. Застосування спрощених та звичних поведінкових стереотипів значно збіднює загальний арсенал домінуючих проблемних ситуацій. До зазначеного захисного механізму належить визначення, описане в психоаналітичній літературі як «реалізація в дії», що характеризується вираженням неусвідомлених бажань та конфліктів в діях, що перешкоджає їхньому усвідомленню. Можна зазначити, що

при вказаному захисному механізмі особистості властиві імпульсивність та слабкість емоційно-вольового контролю.

Таблиця 4.8.

Дослідження особливостей психологічного захисту молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату за методикою Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Конте (n=426)

Молодь з порушеннями функцій опорно-рухового апарату	Механізми психологічного захисту							
	Витіснення	Регресія	Заміщення	Неприйняття	Проекція	Компенсація	Гіперкомпенсація	Раціоналізація
Показники молоді з вродженими ПФОРА у % (n=158)	7,65	24,07	5,17	12,63	17,22	9,38	8,04	15,84
Показники молоді з набутими ПФОРА у % (n=148)	12,39	10,12	8,02	14,58	16,69	11,66	11,66	14,88
Показники ветеранів ООС з набутими ПФОРА у % (n=120)	13,38	12,67	7,42	14,51	16,26	12,40	8,92	14,40

Високий відсоток захисного психологічного механізму - проекції - у молоді з вродженими обмеженнями життєдіяльності вказує на те, що неусвідомлені та неприйнятні для особистості почуття та думки локалізуються назовні, приписуються іншим людям для виправдання їх у собі.

Раціоналізація як механізм психологічного захисту надає змогу молодим людям з обмеженнями життєдіяльності створювати логічні (псевдорозумні), проте сприятливі обґрунтування своєї або чужої поведінки, вчинків, переживань,

викликаних причинами, що не визнаються через загрозу втрати самоповаги. При застосуванні зазначеного механізму знижується цінність недосяжного для людини досвіду, наприклад, причини виникнення конфліктної або психотравмуючої ситуації.

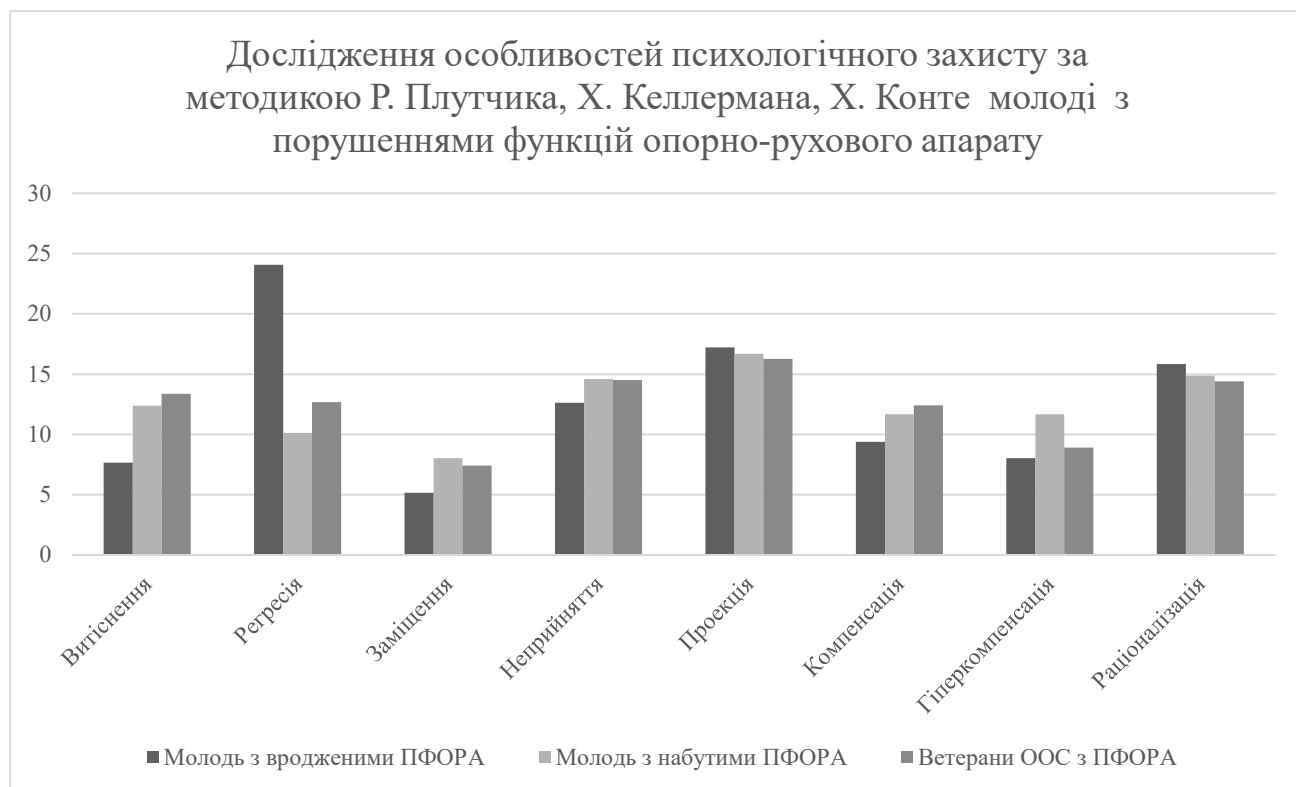


Рисунок 4.5. Дослідження особливостей психологічного захисту за методикою Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Конте молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Деякі дослідники до переліку механізмів психологічного захисту відносять сублимацію (А. Фрейд [304], З.Фрейд [305]), що характеризується гіпертрофованою компенсацією витіснених бажань та наявністю почуттів вищої соціальної цінності. Зазначена особливість притаманна особистості з вродженими обмеженнями життєдіяльності (О. Романенко [248]).

Найнижчі показники за шкалою заміщення (5,17 %), що може виникати внаслідок того, що молодь проводить свій час з незначною кількістю людей, переважно з матерями, і перенести переживання немає на кого.

За результатами дослідження особливостей психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з набутими ПФОРА за опитувальником діагностики психологічних механізмів соціальної адаптації молоді І. Чухрій (Таблиця 4.6, Рисунок 4.2., Додаток Ж.), встановлено, що провідними є адаптивні стратегії за комунікативним механізмом (20,58 %), а адаптивні стратегії емоційно-афективного механізму мають найнижче відсоткове значення (19,29 %). Тобто молодь з набутими ПФОРА надає перевагу стратегіям та формам комунікації, що призводять до соціальної адаптації.

Також встановлено, що найвищий відсоток дезадаптивних стратегій (Таблиця 4.6., Рисунок 4.3, Додаток Ж.) за емоційно-афективним механізмом (21,95 %). Тобто має місце поведінка з пригніченим емоційним станом, станом безнадії, піддатливості, переживання злості та провини, яка покладається на себе та на інших, відсутність позитивних переживань, що створює дезадаптацію особистості.

За результатами дослідження копінг-механізмів молоді з набутими ПФОРА за методикою Е.Хейма (Таблиця 4.7, Рисунок 4.4., Додаток З.) встановлено, що, так само, як і у молоді з вродженими обмеженнями життєдіяльності, провідним копінг-механізмом є когнітивний (47,96 %). Тобто досліджувана молодь надає перевагу аналізу складних ситуацій та пошуку шляхів їхнього вирішення.

Встановлено, що відсоток розвитку поведінкових копінг-механізмів – низький, а рівень розвитку емоційних копінг-механізмів - середній.

За результатами дослідження особливостей механізмів психологічного захисту молоді з набутими ПФОРА за методикою Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Конте (Таблиця 4.8.; Рисунок 4.5.), встановлено, що провідне місце посідає захисний механізм - проекція (16,69 %). Тобто має місце процес, завдяки якому неусвідомлені та неприйнятні для особистості переживання та думки локалізуються назовні, приписуються іншим людям, таким чином стають другоряднимим.

В основі зазначеного механізму, на думку Р. Плутчика, закладені переживання відкидання, страх, самонеприйняття. Також виявлено значні відсотки за шкалою раціоналізації (14,88 %) і неприйняття (14,58 %). Тобто у досліджуваної молоді з набутими ПФОРА наявні реакції переривання переживань, що виникають внаслідок стресових, фрустраційних ситуацій, та пояснення їх розумовими конструкціями, незважаючи на докази. Також наявні реакції заперечення фрустраційної, викликаючої тривогу інформації.

За результатами дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з набутими ПФОРА внаслідок участі в ООС за опитувальником діагностики психологічних механізмів соціальної адаптації молоді І. Чухрій (Таблиця 4.6; Рисунок 4.2; Рисунок 4.3.; Додаток Ж.) прослідковуються значущі прояви адаптивних стратегій за пізнавальним механізмом соціальної адаптації (24,49 %) та мотиваційно-вольовим (20,72 %). Тобто зазначені механізми є основними в соціальному адаптуванні досліджуваних. Ветерани ООС з ПФОРА вирішують проблеми (соціальні труднощі, внутрішні хвилювання та інші) за допомогою спроб аналізувати ситуацію, пошуку ефективних шляхів подолання проблем, віри у власні сили та контролюючі вольові якості.

Як бачимо, знову постає питання про надмірний контроль складних для ветеранів ситуацій, що при нестабільності емоційно-афективної сфери створює ризик виникнення нестабільних психічних станів (спалахів агресії, депресивних епізодів, високих показників тривожності та інших).

За результатами дослідження встановлено, що найвищі показники дезадаптивних стратегій за шкалою комунікативного психологічного механізму (31,67 %) (Рисунок 4.3). Тобто у досліджуваних ветеранів є складності в комунікації, можливі неадекватні та конфліктні форми спілкування, що призводять до соціальної дезадаптації і міжособистісних та групових конфліктів. Дезадаптивні прояви емоційно-афективного механізму також значущі (20,34%), що є ознакою наявності негативних емоційних утворень.

За результатами дослідження копінг-механізмів ветеранів ООС з ПФОРА за методикою Е. Хейма (Таблиця 4.7., Рисунок 4.4., Додаток З.) встановлено, що

найбільш застосовувані досліджуваними когнітивні копінг-механізми (44,83 %). Тобто при виникненні складної життєвої ситуації ветерани з обмеженнями життєдіяльності обирають логічне обміркування ситуації. Адаптивні копінг-механізми можуть сприяти вирішенню ситуації, а дезадаптивні – навпаки, ускладнювати.

Ветерани з набутими ПФОРА переважно застосовують когнітивні (методика Е.Хейма) та пізнавальні (методика І. Чухрій) механізми при адаптуванні, зокрема соціальному. Тобто при адаптуванні провідними є форми поведінки, спрямовані на аналіз життєвих труднощів та можливостей шляху їх подолання, віра у власні ресурси в подоланні складних ситуацій, научіння та здобуття адаптаційного індивідуального досвіду, вміння та стратегії розв'язування психологічних задач, пов'язані з соціальною адаптацією, пізнання своєї активності у контексті психосоціальної активності оточуючих.

За результатами дослідження механізмів психологічного захисту за методикою Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Конте (Таблиця 4.8.; Рисунок 4.5., Додаток И.) встановлено, що найвищі показники за шкалою проекції (16,26 %). Також виявлені високі прояви психічних механізмів неприйняття (14,51 %) та раціоналізації (14,40 %).

У молоді з набутими у кризових (не участі в бойових діях) ситуаціях порушеннями функцій опорно-рухового апарату також провідним механізмом психічного захисту є проекція (16,69 %), щоправда раціоналізація (14,88 %) має вищий відсоток, ніж неприйняття (14,58 %). Отже, ветерани ООС з ПФОРА застосовують механізм перенесення небажаних переживань та якостей на інших осіб, тобто особисті думки та переживання локалізуються назовні. Основним переживанням, відповідно до концепції Е. Романової, Л. Гребеннікова [309], базисом психічного механізму проекції є неприйняття та страх самонеприйняття. Порушення функцій опорно-рухового апарату в періоді молодості спричинює особистісні зміни, зокрема підсилення та змінення основних механізмів психічного захисту. Провідне значення у ветеранів з набутими ПФОРА належить проекції, зазначена особливість може бути пов'язана з процесом

прийняття/неприйняття обмежень життєдіяльності. Високі показники за шкалами неприйняття та раціоналізації можна характеризувати, як спосіб захисту засобами заперечення фрустраційних та тривожних обставин. Травматична для особистості інформація пояснюється, інтелектуалізується, незважаючи на докази протилежної реальності.

Для встановлення відмінностей у розвитку психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з вродженими та набутими ПФОРА було застосовано t – критерій Стюдента для незалежних виборок [264]. У результаті було зафіксовано статистичні відмінності за шкалами: адаптивні стратегії поведінкового механізму - вихід статистики за критичні рівні розподілу $t = 3,343$ при критичному теоретичному значенні $2,609$ на рівні значущості $\rho < 0,01$; емоційного копінг-механізму - вихід статистики за критичні рівні розподілу $t = 3,012$ при критичному теоретичному значенні $2,609$ на рівні значущості $\rho < 0,01$; захисні механізму психологічного захисту: компенсація - вихід статистики за критичні рівні розподілу $t = 3,327$ при критичному теоретичному значенні $2,609$ на рівні значущості $\rho < 0,01$ та раціоналізація - вихід статистики за критичні рівні розподілу $t = 2,968$ при критичному теоретичному значенні $2,609$ на рівні значущості $\rho < 0,01$. Тобто вибір стратегій поведінки, емоційні реагування на життєві події та компенсаторні механізми реагування на травму ПФОРА – відмінні у молоді з вродженими та набутими обмеженнями життєдіяльності.

Дослідження показало, що у молоді з вродженими ПФОРА найвищий рівень розвитку адаптивних стратегій за пізнавальним, поведінковим та мотиваційно-вольовим психологічними механізмами. У молоді з набутими ПФОРА найвищий рівень розвитку адаптивних стратегій комунікативного механізму, а у ветеранів ООС – пізнавального та мотиваційно-вольового механізмів. Тобто адаптація у молоді з ПФОРА переважно відбувається через форми поведінки, спрямовані на аналіз труднощів, через співпрацюючу поведінку та контролюючо-вольові якості. У молоді з набутими ПФОРА адаптація відбувається переважно за допомогою методів комунікації.

Високі показники дезадаптивних стратегій емоційно-афективного механізму були виявлені у всіх досліджуваних, що характеризується наявністю негативних емоційних особистісних утворень. У ветеранів ООС з набутими ПФОРА виявлені високі значення дезадаптивних стратегій комунікативного психологічного механізму, що є ознакою наявності конфліктних форм спілкування, що значно ускладнюють процес соціальної адаптації.

У результаті дослідження встановлено, що провідним копінг-механізмом у всіх досліджуваних є когнітивний, що співставляється з результатами попереднього дослідження. Варто зауважити, що механізм психологічного захисту – раціоналізація, що у своєму психологічному підґрунті має когнітивну складову, має високий відсотковий рівень у всіх досліджуваних, що відповідає загальній тенденції переважання когнітивних психологічних механізмів.

Переважаючо молодь з вродженими ПФОРА застосовує такі механізми психологічного захисту, як регресія, проекція, раціоналізація. Молодь з набутими ПФОРА також застосовує механізми проекції, раціоналізації але додається також неприйняття. Ветерани ООС з набутими ПФОРА переважно застосовують такі ж механізми психологічного захисту, як і молодь з набутими ПФОРА, проте у інших відсоткових пропорціях. Тобто всім досліджуваним притаманне те, що неприйнятні власні особистісні особливості та емоції сприймаються, як притаманні оточуючим, а неприйнятні життєві переживання супроводжуються інтелектуальним поясненням для попередження переживання розчарування. Молоді з вродженим ПФОРА притаманне застосування форми поведінки ранніх стадій розвитку і багато сподівань на допомогу оточення. Молодь з набутими ПФОРА та ветерани з набутими ПФОРА демонструють неприйняття з метою стримати прийняття оточуючих задля збереження власної непомітності.

4.4. Компоненти психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

За результатами представленого в попередніх параграфах дослідження встановлено наявність п'яти типів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА: поведінковий, пізнавальний, комунікативний, емоційно-афективний, мотиваційно-вольовий. У подальшому науковому дослідженні вивчалися особливості зазначених психологічних механізмів.

Для дослідження компонентів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності було проведене комплексне дослідження. Для вирішення поставлених завдань були застосовані: діагностика провідних тенденцій поведінки в реальній групі та уявлень про себе методика «Q-Сортування» В. Стефансона, методика діагностики типу поведінки в конфлікті К. Томаса (адаптація Н. Гришиної), діагностика рівня фрустрації Л. Вассермана (модифікація В. Бойка), методика «Шкала самооцінки» Ч.Д.Спілбергера, Ю.Л.Ханіна, методика діагностики показників і форм агресії А.Басса та А. Дарки (адаптація А. Осницького), методика диференціальної діагностики депресивних станів В.Зунге (модифікація Т.І.Балашової), шкали методик: методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда, методика діагностики копінг-механізмів Е. Хейма, діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації молоді І. Чухрій, індекс життєвого стилю Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Конте / тест для діагностики механізмів психологічного захисту.

Дослідження проводилося за участі молоді з вродженими, набутими у молодості ПФОРА та ветеранів ООС з набутими ПФОРА.

За результатами дослідження тенденцій у реальній групі та уявлень про себе за методикою Q-сортування В.Стефансона (Таблиця 4.9.; Рисунок 4.6.; Додаток І.) встановлено, що провідними у молоді з вродженими ПФОРА є тенденції: товарищкості (21,69 %), уникання боротьби (19,66 %) і залежності (17,63 %).

Тобто молоді з вродженими ПФОРА притаманні: контактність, прагнення створювати емоційні зв'язки як у своїй групі, так і за її межами; в той самий час

спостерігається тенденція до втечі від взаємодії, прагнення зберігати нейтралітет у групових суперечках і конфліктах, схильність до компромісних рішень та внутрішнє прагнення до прийняття групових стандартів і цінностей. І, відповідно, найменш виражений показник прийняття боротьби, що є ознакою відсутності активного прагнення домагатися більш високого статусу у системі міжособистісних взаємин.

Таблиця 4.9.

Дослідження тенденцій поведінки в реальній групі та уявлень про себе у молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату за методикою Q-сортування В.Стефансона (n=426)

Молодь з порушеннями функцій опорно-рухового апарату	Тенденції поведінки в реальній групі					
	Залежність	Незалежність	Товариськість	Нетовариськість	Прийняття боротьби	Уникнення боротьби
Показники (у %) молоді з вродженими ПФОРА (n=158)	17,63	15,59	21,69	14,24	11,19	19,66
Показники (у %) молоді з набутими ПФОРА (n=148)	18,56	12,88	24,62	9,85	12,31	21,78
Показники (у %) ветеранів АТО/ООС з набутими ПФОРА (n=120)	19,94	14,38	22,87	14,66	11,73	16,42

На жаль, зазначена неактивна позиція в системі міжособистісних стосунків не дає можливості молоді не лише відстоювати власні погляди, але й формувати їх, є ризик постійного комформістського пристосування до оточуючих. Залежна позиція в соціальній групі може бути відіграванням позиції молоді з набутими ПФОРА в її сімейному середовищі, в якому, зазвичай, немає можливості

проявляти активність та ініціативність. Молодь не конкурує за увагу та лідерство в соціальній групі, до якої належить, що робить, з одного боку, зважаючи на високі показники за шкалою товарищкості її неконфліктною, проте, з іншого боку, унеможлиблює розкриття особистісного потенціалу та активності.

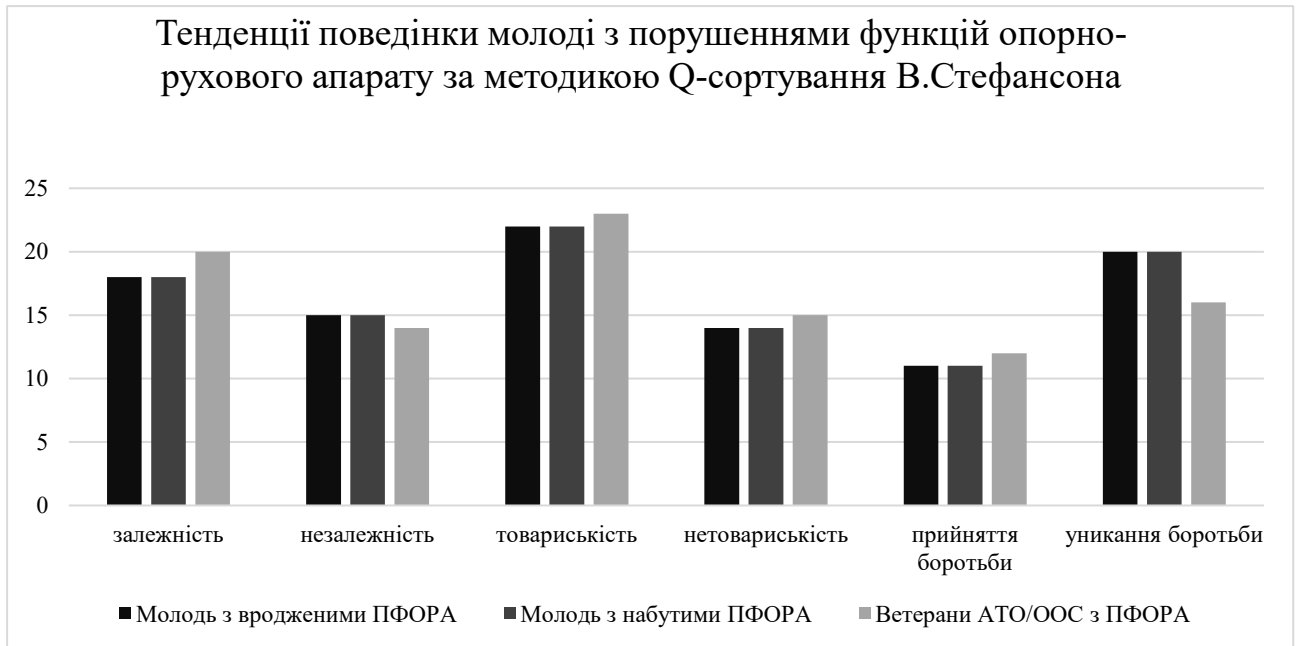


Рисунок 4.6. Тенденції поведінки молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату за методикою Q-сортування В.Стефансона

За результатами дослідження схильності до конфліктної поведінки молоді з вродженими ПФОРА за методикою К. Томаса (адаптації Н. Гришиної) встановлено (Таблиця 4.10, Рисунок 4.7., Додаток І.), що провідними стратегіями в конфліктній ситуації є компроміс (22,30 %) та уникання (22,30 %). Виявлені низькі показники за шкалою суперництва (14,53 %), що є прямопропорційним високим показникам за шкалами залежності, товарищкості та уникання боротьби попередньої методики.

На думку О.Степанова [219], компроміс – це намагання врегулювати суперечності в результаті взаємних поступок, а уникання – намагання вийти із конфліктної ситуації, не розв’юючи її, не поступаючись своїми інтересами і не відстоюючи їх.

При застосуванні компромісу для вирішення конфліктних ситуацій молодь з вродженими ПФОРА вибирає більш поверховий, порівняно з співробітництвом, спосіб вирішення конфліктних ситуацій за допомогою взаємних поступок. Компроміс найефективніший, якщо учасники конфлікту хочуть одного і того самого, але розуміють, що на даний момент це нездійсненно. Можливо припустити, що молоді з вродженими ПФОРА притаманний низький рівень ініціативності та активності при досягненні життєвих цілей та перспектив.

Таблиця 4.10.

Дослідження схильності до конфліктної поведінки молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату за методикою К.Томаса (n=426)

Способи реагування в конфлікті	Показники способів реагування в конфлікті молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату (у%)		
	Показники молоді з вродженими ПФОРА (n=158)	Показники молоді з набутими ПФОРА (n=148)	Показники ветеранів АТО/ООС з набутими ПФОРА (n=120)
Суперництво	14,53	24,27	16,77
Співпраця	19,93	16,30	19,55
Компроміс	22,30	18,41	23,17
Уникання	22,30	22,61	20,96
Пристосування	20,94	18,41	19,55

Стиль уникання застосовується молоддю з ПФОРА, зазвичай, у тих випадках, коли вона відчуває свою неправоту і доречність слів іншої людини, або коли ця людина наділена вищою владою. Стиль уникання може стати придатним у спілкуванні зі складною особистістю. Проте, зважаючи на складність дорослого життя, молодь з вродженими ПФОРА виглядає неконкурентоспроможною, оскільки не наполягає на відстоюванні власних думок і переконань, що уповільнює не лише її особистісний та професійний

розвиток, але й не дає можливості оточуючим зрозуміти специфіку потреб та можливостей осіб з обмеженнями життєдіяльності.

Можливо, молодь з набутими ПФОРА займає занижену, «дитячу», позицію, може, вона втікає від проблем та відповідальності, а, можливо, це цілком придатна конструктивна реакція неагресивного виходу з конфлікту. І відповідно, з вищезазначеного випливає те, що суперництво проявляється найменше.

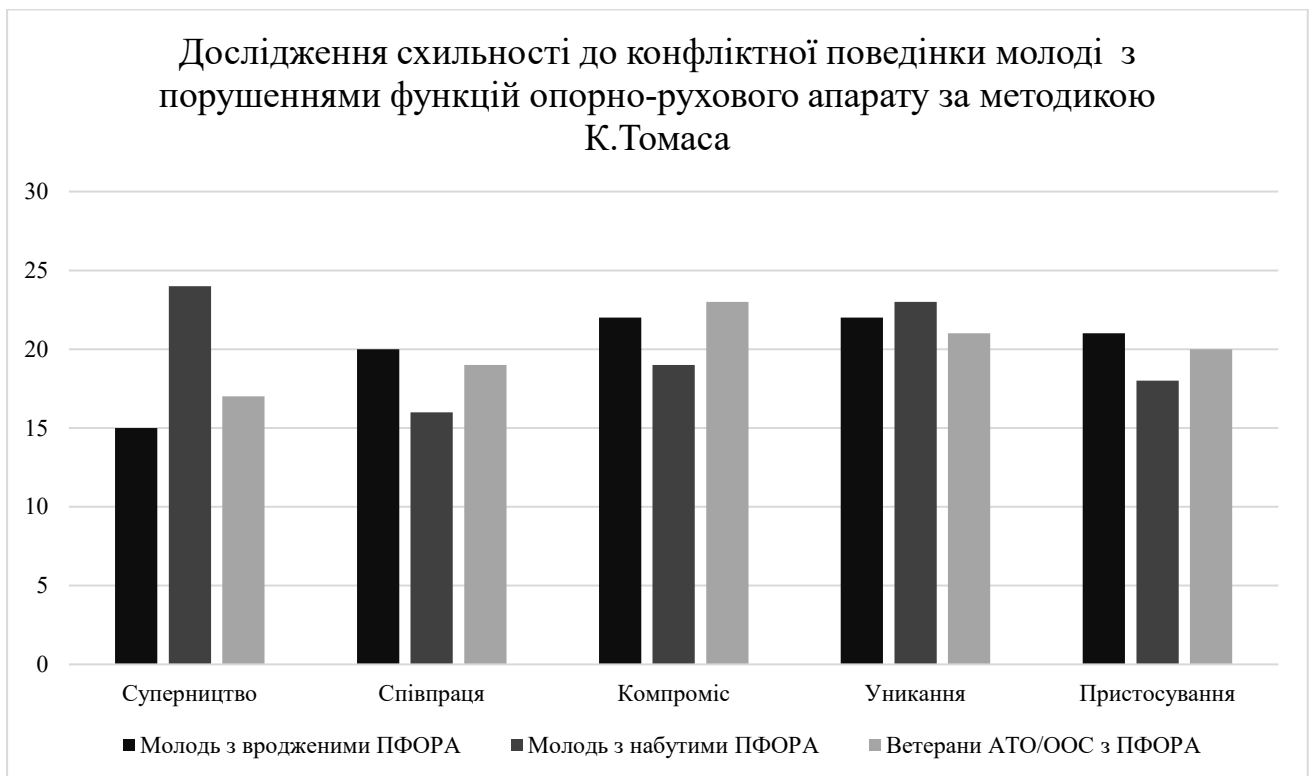


Рисунок 4.7. Дослідження схильності до конфліктної поведінки молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату за методикою К.Томаса

Для дослідження специфіки емоційного психологічного механізму молоді з ПФОРА було проведено наступне дослідження. Оскільки базовим емоційним станом для розвитку всіх негативних емоційних переживань є тривога, то було проведено дослідження особистісної (ОТ) та реактивної тривожності (РТ) за методикою «Шкала самооцінки» Ч. Спілбергера, Ю. Ханіна (Таблиця 4.11.). За результатами дослідження встановлено, що у більшості

молоді з вродженими ПФОРА високі показники особистісної тривожності (57,90%). Зазначені показники є суттєвим підтвердженням того, що більшість досліджуваної молоді має стійку особистісну характеристику – тривожність, що супроводжується не лише постійним внутрішнім хвилюванням, але й високим рівнем психоемоційної напруги, що може бути підґрунтям для формування негативних емоційних станів.

Тривога описана у багатьох наукових концепціях як базисний стан для утворення негативних станів. Е. Ільїн проаналізував наукові концепції, в яких тривога розглядається, як невизначений, несвідомий страх (З. Фрейд), як страх очікування (О. Чернікова), як страх перед випробуванням (О. Кондаш), як розрив між «тепер» та «пізніше» або як страх перед аудиторією (Ф. Перлс) [102].

Таблиця 4.11.

Дослідження особливостей самооцінки рівня тривожності молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату за методикою Ч. Спілбергера, Ю. Ханіна (n=426)

Рівні показників	Показники реактивної тривожності (y %)			Показники особистісної тривожності (y %)		
	Молодь з вродженими ПФОРА (n=158)	Молодь з набутими ПФОРА (n=148)	Ветерани ООС з набутими ПФОРА (n=120)	Молодь з вродженим и ПФОРА (n=158)	Молодь з набутими ПФОРА (n=148)	Ветерани ООС з набутими ПФОРА (n=120)
Високий	31,60	-	41,66	57,90	12,50	41,66
Середній	60,50	100	50,00	42,10	87,50	58,33
Низький	7,90	-	8,33	-	-	-

Тривога є результатом активності уяви, фантазії про майбутнє. Тривога – це емоційний стан гострого внутрішнього страждання, що не має змісту, зазначене

страждання у свідомості індивіда пов'язане з прогнозуванням невдачі, небезпеки або очікуванням чогось важливого, значущого для людини в умовах невизначеності.

Високі показники тривоги виявляються, як важке невизначене переживання, хвилювання, тремтіння, бурління в різних частинах тіла, зазвичай, у грудній частині, як правило, супроводжуються різноманітними сомато-вегетативними розладами (тахікардія, потовиділення, пришвидшене сечовиділення) [102].

Ю. Ханін зазначав, що тривога переважно зростає ввечері і супроводжується руховим збудженням. У високотривожних осіб зазначений негативний емоційний стан зростає при наближенні важливої події. На відміну від страху, який має конкретну природу походження, тривога не має чіткої причини виникнення і є переживанням невизначеної, дифузної загрози людині як соціальній істоті, коли в небезпеці цінності, уявлення про себе, становище в суспільстві. Тобто тривога розуміється як переживання фрустрації соціальної потреби [311].

К. Ізард вважав, що тривога – це не відокремлений самостійний феномен, а комбінація страху з однією або декількома іншими емоціями: гнівом, провинною, соромом, інтересом [98].

Завищені показники ОТ у молоді з вродженими ПФОРА вказують на те, що досліджувані відчувають підвищене, беззмислове занепокоєння, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці та життєдіяльності в широкому спектрі ситуацій і реагувати вираженим станом тривожності. Тривожність як особистісна властивість молоді може виявлятися у різноманітних ситуаціях, особливо, коли вони стосуються її компетенції та престижу. Під особистісною тривожністю розуміється стійка індивідуальна характеристика, що відображає схильність особистості до переживання тривоги, сприймання більшості ситуацій як загрозливих.

У 31,60% досліджуваної (третина досліджуваних) молоді з набутими ПФОРА виявлені високі показники реактивної тривожності, що вказує на сприйняття самого дослідження як стресової події.

За результатами дослідження рівня соціальної фрустрованості за методикою Л. Вассермана (модифікації В. Бойка) (Таблиця 4.12.) молоді з вродженими обмеженнями життєдіяльності встановлено, що у 84,20%

досліджуваних наявні показники соціальної фрустрованості, що вказує на можливість того, що більшість ситуацій соціальної взаємодії сприймаються як фруструючі. Переживання фрустрованості викликають внутрішні конфлікти. Наявність показників соціальної фрустрованості тісно пов'язана з показниками високого рівня особистісної тривожності, що у поєднанні можуть спричинювати проблеми соціального адаптування та утворення не лише негативних емоційних переживань, але й невротичні та соматичні розлади [322].

Переживання фрустрації в дитячому віці розвиває агресивність, почуття провини, невпевненості у собі, призводить до ізоляції, егоцентризму та злості [102].

Таблиця 4.12.

Діагностика рівня соціальної фрустрованості молоді з вродженими порушеннями функцій опорно-рухового апарату за методикою Л.Вассермана (модифікація В.Бойка) (n=426)

Молодь з порушеннями функцій опорно-рухового апарату	Показники рівнів фрустрованості (у%)						
	Дуже високий	Підвищений	Помірний	Невизначений	Знижений	Дуже низький	Відсутність фрустрованості
Показники молоді з вродженими ПФОРА (n=158)	5,30	7,90	5,30	10,50	18,40	36,80	15,80
Показники молоді з набутими ПФОРА (n=148)	-	-	-	12,50	25,00	62,50	-
Показники ветеранів ООС з набутими ПФОРА (n=120)	-	-	8,33	16,66	25,00	41,66	8,33

Фрустрація може впливати на діяльність людини. В одних випадках вона мобілізує її для досягнення віддаленої у часі мети, підвищує мотивацію, в інших – фрустрація демобілізує людину, яка намагається шляхом заміщеної діяльності відійти від конфліктної ситуації або взагалі відмовляється від діяльності.

За результатами діагностики рівня депресивних станів молоді з вродженими ПФОРА за методикою В.Зунге (модифікація Т.Балашової) (Таблиця 4.13.) встановлено, що істинна депресія не виявлена у жодного з досліджуваних, субдепресивний стан у 2,60% молоді, тобто наявна замаскована депресія і легка депресія невротичного генезису у 5,30% досліджуваних.

Таблиця 4.13.

Діагностика рівня депресивних станів молоді з вродженими порушеннями функцій опорно-рухового апарату за методикою В.Зунге (модифікація Т.Балашової) (n=426)

Молодь з порушеннями функцій опорно-рухового апарату	Показники рівнів депресії (у%)				
	Істинна депресія	Субдепресія	Ситуативна депресія (неврогенна)	Дуже низький	Стан без депресії
Показники молоді з вродженими ПФОРА (n=158)	-	2,60	5,30	-	92,10
Показники молоді з набутими ПФОРА (n=148)	-	-	-	-	100
Показники ветеранів ООС з набутими ПФОРА (n=120)	-	8,30	-	-	91,66

Депресивні переживання виявляються в затримці мислення, рухових уповільненнях, песимістичних думках та соматовегетативних порушеннях. Можуть спостерігатися виснаження фізичних сил, прояв болю, розлади сну.

Знижується самооцінка, загострюються негативні переживання – сум, провина, тривога, страх, туга.

Депресія може мати непатологічне походження, а саме, при незадоволенні своїм тілом, обличчям. К. Юнг зазначав, що іноді депресія приймає форму «пустого спокою», що передує творчій роботі [373; 374].

Дослідження особливостей переживання агресії за методикою діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптації А. Осницького) (Таблиця 4.14., Рисунок 4.8., Додаток Й.) молоддю з вродженими ПФОРА показало, що найбільш поширеними способами вираження агресії є: непряма агресія (19,71 %), провина (14,38 %) та образа (13,65 %).

Таблиця 4.14.

Дослідження особливостей переживання агресії молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату за методикою А. Басса та А. Дарки (n=426)

Молодь з порушеннями функцій опорно-рухового апарату	Показники видів агресії агресії (у%)							
	Фізична агресія	Непряма агресія	Роздратування	Негативізм	Образливість	Підозрілість	Вербальна агресія	Провина
Показники молоді з вродженими ПФОРА (n=158)	10,37	19,78	11,57	11,14	13,65	11,55	7,55	14,38
Показники молоді з набутими ПФОРА (n=148)	12,70	21,28	9,82	12,22	12,52	12,70	6,42	12,34
Показники ветеранів ООС з набутими ПФОРА (n=120)	11,78	21,57	7,60	8,73	14,72	13,45	7,04	15,11

Тобто агресивні переживання у молоді з набутими ПФОРА переважно виражені обхідним шляхом і спрямовані на іншу особу або на предмети; агресія виражена у висловлюванні переконань у тому, що суб'єкти є поганими людьми, роблять зло іншим, також притаманні докори сумління; заздрість і ненависть до оточуючих за дійсні і вигадані дії. Можна припустити, що переважні способи вираження агресії – це автоагресія, тобто спрямована на себе. Зазначений тип агресії може бути причиною ряду психосоматичних порушень. Найнижчі показники у досліджуваній молоді за шкалою вербальної агресії, що може бути ознакою того, що саме від цього виду агресії оточення вона найбільше постраждала, і, як наслідок зазначених подій, була утворена автоагресія, оскільки не було можливості відреагувати вербальні напади іншим шляхом.

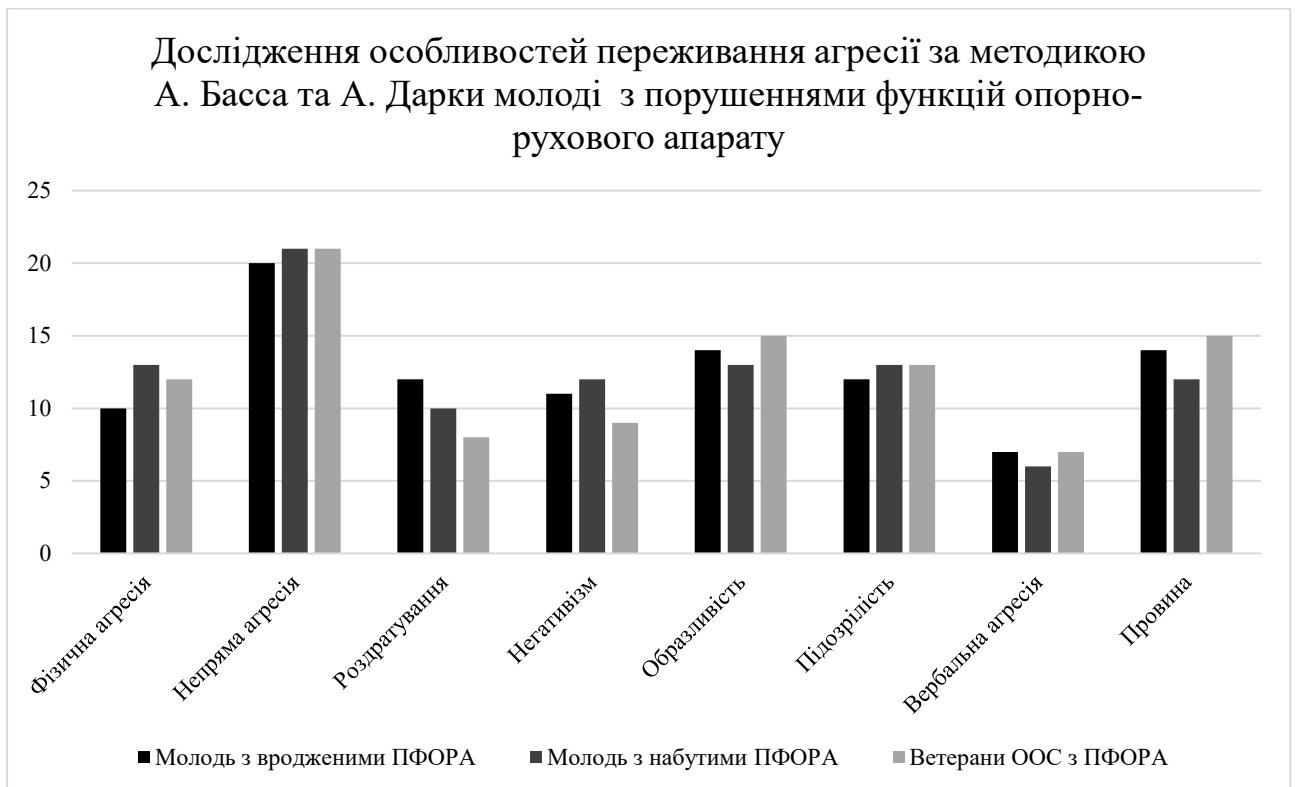


Рисунок 4.8. Дослідження особливостей переживання агресії за методикою А. Басса та А. Дарки молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

З проведеного емпіричного аналізу можна зробити висновки, що у молоді із вродженими ПФОРА виявлені такі особливості психологічних механізмів соціальної адаптації:

Найбільш виражена адаптивна стратегія у молоді з вродженими ПФОРА за поведінковим та пізнавальним психологічними механізмами (за методикою дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації особистості І. Чухрій) соціальної адаптації.

Високі показники адаптивних стратегій за поведінковим механізмом вказують на співпрацю з досвідченими людьми, пошук підтримки в соціальному середовищі. Під час дослідження були виявлені деякі особливості зазначеного механізму (Таблиця 4.9., Рисунок 4.6.; Таблиця 4.10., Рисунок 4.7.): основні поведінкові тенденції у молоді з вродженими ПФОРА – це товаришність, уникання боротьби та залежність (Методика «Q-Сортування» В. Стефансона). У конфліктній ситуації (Методика діагностики типу поведінки в конфлікті К. Томаса) молоді з вродженими ПФОРА надає перевагу не активним діям, а пасивному пристосуванню та униканню, відходу від конфліктної ситуації.

При аналізі розвитку пізнавального механізму у молоді з вродженими обмеженнями життєдіяльності варто зауважити, що наявні стратегії на вироблення форм поведінки, спрямованої на аналіз труднощів та пошук шляхів їх подолання (Таблиця 4.6., Рисунок 4.2.). Високий показник внутрішнього локусу контролю (Таблиця 4.3.) вказує на відповідальність за свої вчинки, результати діяльності пояснюються особливостями характеру та здібностями. Зазначені особливості можуть бути основою для розвитку критичного мислення та рефлексії. Проте, враховуючи загальні результати дослідження, означені характеристики можуть трансформуватися в самозвинувачення, переживання відповідальності в ситуаціях, за які особа не може відповідати та управляти ними.

Мотиваційно-вольовий психологічний механізм соціальної адаптації молоді з набутими ПФОРА характеризується контролюючо-вольовими

якостями, проте це може бути показник внутрішніх прагнень контролювати свої думки, бажання, переживання.

Адаптивні стратегії комунікативного механізму виявляються у формах і методах комунікації, які призводять до адаптації. За результатами дослідження соціально-психологічної адаптації за методикою К. Роджерса, Р. Даймонда встановлено, що у досліджуваній молоді з вродженими ПФОРА високі (57,89 %) та середні (42,11 %) показники за шкалою «прийняття інших» (Таблиця 4.3.), що вказує на потребу особистості в спілкуванні, взаємодії та спільній діяльності. Результати дослідження за методикою Q-сортування В. Стефансона (Таблиця 4.9., Рисунок 4.6.) вказують на переважання показників за шкалою товариськості, що інтерпретується як прагнення особистості створювати емоційні зв'язки як у своїй групі, так і за її межами, та життєрадісність у спілкуванні. Проте варто зазначити, що за шкалою нетовариськості, також встановлені значущі показники, хоча й не настільки високі, що інтерпретується, як прагнення особистості не утворювати емоційних зв'язків як в своїй групі, так і за її межами. Характерними рисами нетовариськості є особистісна похмурість, неактивність у міжособистісній взаємодії, пасивність, інертність. Така амбівалентність у показниках може бути показником наявності внутрішньоособистісного конфлікту під дією протилежних тенденцій. Звісно, прагнення до комунікації є більш вираженим, але, зважаючи на високі показники (у 50% досліджуваних високий рівень прояву) ескапізму (відходу від реальності), можна припустити, що наявні прагнення до взаємодії, які недостатньо реалізуються в реальному житті.

Аналізуючи емоційно-афективний психологічний механізм соціальної адаптації молоді з вродженими ПФОРА, варто зауважити, що найбільш виражені дезадаптивні стратегії саме за вказаним механізмом (24,15 %) (Таблиця 4.6., Рисунок 4.3.). Тобто зазначений механізм найбільш вразливий і може характеризуватися поведінкою з пригніченим емоційним станом, станом безнадії, піддатливості, переживанням злості та провини, що перекладається на себе і на інших, відсутністю позитивних переживань. Адаптивні стратегії емоційно-афективного механізму найменше розвинуті в порівнянні з іншими механізмами (пізнавальним,

поведінковим, комунікативним, мотиваційно-вольовим). Зважаючи на вищезазначене, можна стверджувати про проблемну зону саме емоційно-афективного механізму, що може бути причиною ускладнення соціальної адаптації.

За результатами дослідження встановлені основні проблемні зони емоційно-афективного психологічного механізму соціальної адаптації: визначені високі показники особистісної тривожності (57,9%) (Таблиця 4.11.), непрямой агресії, образи та провини (Таблиця 4.14., Рисунок 4.8.); у деяких досліджуваних виявлені показники субдепресії (2,60%), ситуативної депресії (5,30%) (Таблиця 4.13.) та соціальної фрустрованості (дуже високий рівень – 5,30%; підвищений рівень - 7,90%; помірний - 5,30%) (Таблиця 4.12.). Зазначені особливості вказують на стійке переживання негативних емоційних станів та потребують психологічної корекції [322].

Для визначення специфіки психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з набутими ПФОРА було проведене дослідження їх компонентів.

Досліджуючи тенденції поведінки в реальній групі (Методика Q-сортування В.Стефансона (Таблиця 4.9, Рисунок 4.6., Додаток І.)) молоді з набутими ПФОРА виявлено, що провідними є такі тенденції: товарицькість (24,62 %), уникання боротьби (21,78 %) і залежність (18,56 %). Зазначені показники, проте з дещо нижчими значеннями, спостерігаються як найбільш виражені і у молоді з вродженими ПФОРА. Тобто такі особистісні характеристики, як товарицькість, залежність властиві молоді з ПФОРА, а провідною поведінковою стратегією може бути уникання боротьби. Товарицькість характеризує особистісне прагнення до створення емоційних контактів, проте в поєднанні з переважанням тенденції до залежності товарицькість набуває патологічно-залежного характеру. Молодь може бути залежною від думки оточуючих та мати слабкий характер, що має логічне поєднання з показниками уникання боротьби, що характеризуються прагненням відходу від взаємодії, намаганням бути нейтральним у групових конфліктах, залежністю в поведінці, підпорядкуванням чужим намірам, безініціативністю.

Найнижчі показники за шкалою нетоварицькості, яка є протилежною провідній тенденції поведінки в групі молоді з набутими ПФОРА.

Дослідження схильності до конфліктної поведінки за методикою К.Томаса (адаптації Н.В.Гришиної) виявило у молодих людей з набутими ПФОРА переважання тенденцій до суперництва (24,27 %) та уникання (22,61 %) (Таблиця 4.10., Рисунок 4.7., Додаток І.).

Стиль поведінки - суперництво (конкуренція) - вказує на переважаюче прагнення задовольнити власні інтереси, незважаючи на інтереси інших, переважне орієнтування на власні ідеали та здібності, авторитарність та активність дій і вольових зусиль. У той же час у достатньому вияві спостерігаються високі показники за шкалою уникання, можливо, це спричинюється складністю застосування стратегії співпраці з іншими і відходом у ситуаціях, де унеможлиблюється власна авторитарна позиція, хоча сама по собі авторитарність є дещо уникаючою, безконтактною позицією. Цікавим є те, що у осіб з вродженими ПФОРА також стратегія уникання є провідною, проте основне місце посідає стратегія вирішення конфліктних ситуацій - компроміс.

Стиль уникання застосовується, зазвичай, у тих випадках, коли особа відчуває свою неправоту і правоту іншої людини або коли ця людина наділена вищою владою. Можливо, досліджувана молодь займає занижену, «дитячу», позицію, ймовірно, вона втікає від проблем та відповідальності, а можливо, це цілком придатна конструктивна реакція неагресивного виходу з конфлікту. І відповідно, з вищезазначеного випливає те, що співпраця проявляється найменше.

Для визначення специфіки емоційно-афективного психологічного механізму було проведене дослідження, зокрема ОТ та РТ молоді з набутими ПФОРА за методикою Ч. Спілбергера, Ю. Ханіна (Таблиця 4.11.). Встановлено, що лише у 12,50% молоді з набутими ПФОРА високі показники особистісної тривожності, переважна ж більшість досліджуваних має середній рівень прояву тривожності, реактивна ж (ситуативна) тривожність у всіх досліджуваних на середньому рівні.

За результатами дослідження за методикою Л. Вассермана (модифікації В. Бойка) встановлено (Таблиця 4.12.), що всі досліджувані більшою або меншою мірою переживають соціальну фрустрованість: у 12,50% молоді з набутими ПФОРА невизначений рівень, у 25,00% знижений рівень і у 62,50% дуже низький рівень соціальної фрустрованості, хоча не визначено високих показників соціальної фрусованості, проте за поданими показниками вона наявна.

Фрустрація – це психічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження людини, зумовлений об'єктивно нездоланими (чи суб'єктивно уявлюваними) бар'єрами на шляху до поставленої мети або задоволення важливих потреб і бажань [219]. Враховуючи те, що вся досліджувана молодь з набутими ПФОРА переживає соціальну фрустрованість, невідповідною є відсутність високих показників тривожності, проте, окрім тривоги, проявами фрустрованості можуть бути: гнів, розчарування, відчай, що виникають у конфліктній ситуації, коли здійсненню важливих планів раптово починає перешкоджати певний фрустратор. У нашому випадку таким фрустратором є втрата функцій ОРА та, як наслідок, набуття молоддю інвалідності [322].

Фрустрованість у більшості наукових досліджень розглядається, як якість, що може породжуватися попередніми негативними обставинами, схильність людини до фрустрації, тобто стану пригнічення, відчаю з елементами тривоги, що розвивається в результаті якихось реальних або уявних життєвих невдач, неможливістю досягнення поставленої мети чи труднощами пристосування до нового середовища з блокуванням цілеспрямованої поведінки. Фрустрованість визначається, як ступінь підвищеної чутливості до дії травмуючих факторів, на відміну від толерантності, яка, у свою чергу, обумовлює стійкість до несприятливих факторів або послаблення реагування в результаті зниження чутливості до їх впливу[219].

За результатами дослідження рівня депресивних станів молоді з набутими ПФОРА за методикою В.Зунге (адаптація Т. Балашової) встановлено (Таблиця 4.13.), що більшість досліджуваної молоді не переживає депресивних станів, тобто вони не

виникають внаслідок соціальної фрустрованості.

Також було проведено дослідження особливостей переживання агресії молодю з набутими ПФОРА за методикою А. Басса та А. Дарки (адаптація О. Осницького) (Таблиця 4.14., Рисунок 4.8., Додаток Й.). За результатами дослідження встановлено, що провідним видом агресії у досліджуваній молоді з набутими ПФОРА є непряма агресія (21,28 %). Тобто існує тенденція до надання переваги обхідним шляхам - спрямування агресії на іншу особу, подію та інше.

Цікавим є спостереження, що непряма агресія є провідною як у молоді з набутими обмеженнями життєдіяльності, так і з вродженими. Також достатньо виявленою є тріада: фізична агресія (12,70 %), підозрілість (12,70 %) і образа (12,52 %). Якщо сприймати втрату функцій ОРА, як фрустраційну ситуацію, то варто зазначити, що О. Степанов [219] у своїй науковій роботі зазначає, що стан фрустрації породжує у людини певні типові реакції: агресію на дію фрустратора; агресію спрямовану на уявну причину; агресію спрямовану на себе. Зазначена динаміка переживання фрустраційної ситуації спостерігається і в динаміці агресивних переживань молоді з набутими обмеженнями життєдіяльності.

За результатами дослідження особливостей психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з набутими ПФОРА встановлено:

Найбільш виражені адаптивні стратегії у молоді з набутими ПФОРА за комунікативним психологічним механізмом соціальної адаптації (Таблиця 4.6., Рисунок 4.3.). За результатами подальшого дослідження встановлені й особливості зазначеного механізму: молодь з набутими обмеженнями життєдіяльності надає перевагу стратегіям, формам та методам комунікації, що призводять до соціальної адаптації (за методикою дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді І. Чухрій), високі показники за шкалою прийняття інших (62,50%) за дослідженням соціально-психологічної адаптації за методикою К.Роджерса і Р.Даймонда (Таблиця 4.4.) характеризують особистісну потребу в спілкуванні, взаємодії та спільній діяльності; також спостерігаються високі показники за шкалою товарищкості (24,62 %) за методикою «Q-сортування» В.Стефансона (Таблиця 4.9., Рисунок 4.6.), що характеризує

особистісне прагнення до створення емоційних контактів, проте, в поєднанні з переважанням тенденції до залежності, товарицькість набуває патологічно-залежного характеру. Також виникають сумніви стосовно успішної комунікації молоді з набутими обмеженнями життєдіяльності, оскільки основними стратегіями розв'язання конфліктних ситуацій за методикою К.Томаса є суперництво (24,27 %) та уникання (22,61 %) (Таблиця 4.10, Рисунок 4.7.), які вказують на складності у встановленні конструктивної міжособистісної взаємодії.

Встановлено, що адаптивні стратегії однаково розвинуті в поведінковому, пізнавальному та мотиваційно-вольовому механізмах соціальної адаптації.

Пізнавальний психологічний механізм характеризується поведінкою, спрямованою на аналіз труднощів та можливі шляхи їх подолання, научіння та здобуття індивідуального досвіду. Підвищення самооцінки та самоконтролю, усвідомлення власної цінності як особистості, віра у власні ресурси, вміння розв'язувати психологічні задачі, пов'язані з соціальною адаптацією, пізнання своєї активності в контексті психосоціальної активності оточуючих. За результатами дослідження за методикою К. Роджерса і Р. Даймонда (Таблиця 4.4.), а саме за шкалою прийняття себе (75,00 %), спостерігається переважання високих показників, що, з одного боку, є ознакою самооцінки індивіда, задоволеністю власними характеристиками, проте переважання завищених показників, а не середніх результатів дослідження, вказує на необхідність додаткового розгляду зазначеної проблеми. Завищені показники внутрішнього контролю (62,50 %) вказують на бажання надмірного контролю власних думок, бажань, а можливо, і відповідей під час проведення методики. Надмірний внутрішній контроль спричинює ризик виникнення стереотипів та нав'язливих станів. У конфліктних ситуаціях (за результатами дослідження схильності до конфліктної поведінки К. Томаса (адаптації Н.В. Гришиної) (Таблиця 4.10, Рисунок 4.7.)) молодь обирає стратегію суперництва (24,27 %), що також вказує на переважання авторитаризму, проте високі показники за шкалою уникання (22,61 %) вказують на те, що молодь уникає проблемних та конфліктних

ситуацій, оскільки не має (на її думку) достатньої влади для вирішення їх на свою користь.

I, відповідно, стратегії мотиваційно-вольового механізму характеризується внутрішньо-мотиваційними стратегіями та контролюючо-вольовими якостями, які призводять до соціальної адаптації. Проте надмірні показники внутрішнього контролю і прагнення до домінування (дослідження за методикою К. Роджерса і Р. Даймонда (Таблиця 4.4.)) і суперництва (за результатами дослідження схильності до конфліктної поведінки К. Томаса (адаптації Н.В. Гришиної) (Таблиця 4.10, Рисунок 4.7.)) вказують на ускладнення функціонування відповідного механізму.

Поведінковий психологічний механізм соціальної адаптації в своєму адаптивному прояві характеризується поведінкою, спрямованою на співпрацю з досвідченими людьми та пошук підтримки в найближчому соціальному середовищі, також до зазначених стратегій належить прагнення надавати допомогу оточуючим у подоланні труднощів. Поєднання значущих показників за стратегіями товарищкості, уникання боротьби та суперництва вказує на проблемну зону у встановленні гармонійних стосунків і виробленні відповідних адаптивних поведінкових стратегій. Підтверджуючи проблемну зону вказаного механізму, варто зазначити, що за методикою дослідження копінг-механізмів Е.Хейма (Таблиця 4.7., Рисунок 4.4.) виявлено, що найменш розвинутим є саме поведінковий механізм.

Було виявлено, що найбільш вираженими є дезадаптивні стратегії у молоді з набутими ПФОРА за емоційно-афективним психологічним механізмом (Таблиця 4.6., Рисунок 4.3.), що може характеризуватися пригніченим емоційним станом, переживанням негативних емоцій.

За результатами дослідження особливостей емоційно-афективного психологічного механізму соціальної адаптації молоді з набутими ПФОРА встановлено, що набуття інвалідності спричиняє переживання соціальної фрустрованості (діагностика соціальної фрустрованості за методикою Л. Вассермана (модифікація В. Бойка) (Таблиця 4.12.)) та прояви непрямой агресії

(дослідження форм агресії А. Басса та А. Дарки (Таблиця 4.14., Рисунок 4.8.). Також за значущими показниками фізичної агресії, підозрілості та образи можна зробити висновки про наслідки переживання стану фрустрації, що потребує психологічної допомоги та корекції.

Досліджуючи особливості психологічних механізмів соціальної адаптації ветеранів ООС з набутими ПФОРА, було виявлено особливості зазначених механізмів та їх компонентний склад, які представлені в подальшому дослідженні.

За результатами дослідження провідних поведінкових тенденцій за методикою «Q-сортування» В. Стефансона (Таблиця 4.9., Рисунок 4.6.) встановлено, що у ветеранів з набутими ПФОРА найбільше виражені товариськість (22,87 %) та залежність (19,94 %). Тобто прагнення створювати емоційні зв'язки у власній групі, а також за її межами супроводжується внутрішнім прагненням особистості до прийняття групових стандартів та цінностей за рахунок власного підкорення та виконання наказів.

Найнижчі показники за шкалою прийняття боротьби (11,73 %), тобто знижені активні прагнення особистості брати участь у груповому житті. Варто зазначити, що участь у військових діях докорінно змінює життя молоді, спричинюючи низку складних емоційних переживань, а набуття порушень ОРА потребує додаткових зусиль на відновлення та прийняття набутих обмежень життєдіяльності. Важливою частиною життя молодого ветерана з ПФОРА стає перебування у лікувальних закладах, санаторіях та госпіталях, що надає новій соціальної ролі «пацієнта». Складні зміни життя, прикрі розчарування, переживання постійного болю значно пригнічують психологічний стан, знижують активність, у тому числі і соціальну.

Досліджуючи поведінкові особливості в конфліктних ситуаціях за методикою К. Томаса (адаптації Н. Гришиної), було з'ясовано, що провідними поведінковими стратегіями в конфліктних ситуаціях є компроміс (23,17 %) і уникання (20,96 %) (Таблиця 4.10.; Рисунок 4.7.). Тобто досліджувані ветерани виявляють здатність поступатися своїми інтересами, прагнуть до прийняття

взаємовигідних рішень, і в той же час відсутнє прагнення до кооперації, пасивність у відстоюванні своїх прав, перенесення відповідальності за розв'язання проблеми на інших.

За результатами дослідження особистісної та реактивної тривожності за методикою «Шкала самооцінки» Ч. Спілберга, Ю. Ханіна виявлено (Таблиця 4.11.), що у 41,66 % молодих ветеранів з набутими ПФОРА високі показники ОТ - це достатньо високий відсоток. Тривожність як конституційна властивість призводить до формування підвищеного рівня тривожності як індивідуально-особистісної риси та легко перетворюється у стан тривоги при несприятливих ситуаціях [102].

Джерело тривоги у людини сягає своїм корінням, на думку З.Фрейда, ще ранніх переживань. Оскільки немовля не здатне контролювати новий світ, який виникає після процесу народження, то його переповнює переживання небезпеки. Зазначена ситуація викликає травматичний стан – первинну тривогу. Тобто тривога виникає ще у процесі народження і є одним з базових переживань. Відповідно до концепції З.Фрейда, у залежності від того, звідки надходить загроза, розрізняються такі її види: реалістична (як емоційна відповідь на загрозу або розуміння реальних загроз зовнішнього світу); невротична тривога (емоційна відповідь на небезпеку тощо). Можна припустити, що участь у військових діях порушує внутрішнє відчуття безпеки, набуття ПФОРА порушує відчуття цілісності власного тіла, що в подальшому може руйнувати сприйняття навколишнього світу і під час повернення ветерана до умов мирного життя (хоча визначення «мирне життя» також відносне, оскільки військові дії в Україні тривають). Тотальне порушення особистісної безпеки може спровокувати у людини переживання притаманні раннім стадіям її розвитку, чим і спровокувати появу особистісної тривожності як особистісної властивості, що в подальшому може слугувати підґрунтям для переживання цілого спектру негативних переживань (Л.Н. Собчик [270], З. Фрейд [304]).

Досліджуючи особливості переживання соціальної фрустрованості ветеранів ООС з набутими ПФОРА за методикою Л. Вассермана (модифікації

В. Бойка), встановлено (Таблиця 4.12.), що у 8,33 % помірний рівень соціальної фрустрованості, у 16,66 % невизначений, у 25,00 % знижений рівень соціальної фрустрованості, у 41,60% дуже низький рівень соціальної фрустрованості і у 8,33% - соціальна фрустрованість відсутня. Тобто соціальна фрустрованість відсутня, менше ніж у 10,00% досліджуваних, а більшість переживає незадоволеність у соціальній взаємодії [322].

За результатами дослідження переживання депресивних станів ветеранів з ПФОРА за методикою В. Зунге (модифікація Т. Балашової) встановлено (Таблиця 4.13.): більшість досліджуваних ветеранів не переживають депресивних станів, проте у 8,30% досліджуваних виявлено показники субдепресії. Тобто наявна замаскована депресія, яка може бути відповіддю на втрату функцій ОРА [343].

Оскільки майже у всіх досліджуваних ветеранів виявлені показники соціальної фрустрації, яка може провокувати виникнення агресивних переживань, то було проведено дослідження особливостей агресивних переживань за методикою А. Басса та А. Дарки (Таблиця 4.14., Рисунок 4.8.). За результатами дослідження встановлено, що найбільш вираженими є показники непрямой агресії (21,57 %). Тобто ветерани з порушеннями функцій опорно-рухового апарату переважно застосовують непряме вираження агресії, спрямованої на інших людей, предмети, події. Як було зазначено в попередньому дослідженні, названий тип агресії є провідним у всієї досліджуваної молоді з ПФОРА.

Середній рівень прояву мають показники таких видів агресії, як образа (14,72 %), провина (15,11 %) та підозрілість (13,45 %). Можна припустити, що більшість агресивних проявів, що виникає внаслідок соціальної фрустрованості та втрати функцій опорно-рухового апарату, є автоагресивними, спрямованими на досліджуваних ветеранів. Автоагресія є небезпечною, оскільки існує ризик виникнення психосоматичних порушень, зокрема вона може бути індикатором посттравматичного синдрому, що виникає внаслідок участі в ООС [343].

За результатами дослідження встановлено, що у ветеранів ООС з набутими ПФОРА (Таблиця 4.6., Рисунок 4.2.) прослідковуються значущі прояви

адаптивних стратегій за пізнавальним (24,49 %) та мотиваційно-вольовим (20,72 %) механізмами соціальної адаптації за методикою І. Чухрій. Тобто зазначені механізми є основними в соціальному адаптуванні досліджуваних.

Адаптивні стратегії пізнавального механізму соціальної адаптації ветеранів ООС, за результатами дослідження, характеризуються такими ознаками: ветерани вирішують проблеми (соціальні труднощі, внутрішні хвлювання та інші) за допомогою спроб аналізувати ситуацію, пошуку ефективних шляхів подолання проблем і віри у власні сили та контролюючі вольові якості.

Адаптивні стратегії мотиваційно-вольового механізму соціальної адаптації ветеранів з обмеженнями життєдіяльності характеризуються внутрішньо-мотиваційними стратегіями та контролюючо-вольовими якостями, що призводять до соціальної адаптації. Проте варто зазначити, що ветеранам ООС з ПФОРА властиві надмірні прояви внутрішнього контролю (91,67 %), а у 50,00% досліджуваних низькі показники зовнішнього контролю (за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса, Р. Даймонда (Таблиця 4.5.)), що може вказувати на переоцінку власних сил і надмірне бажання контролювати свої думки та поведінку, що може спровокувати ризик виникнення нестабільних психічних станів (спалахи агресії, депресивні епізоди, високі показники тривожності та інші). Встановлено, що дезадаптивні компоненти мотиваційно-вольового механізму також мають достатній рівень вираженості (19,66 %) (Рисунок 4.6.).

Поведінковий компонент представлений, здебільшого, в адаптивних стратегіях (Таблиця 4.6., Рисунок 4.2.) і характеризується поведінкою, під час якої особистість співпрацює з досвідченими людьми, шукає підтримку в найближчому соціальному середовищі або ж сама пропонує її оточуючим у долатті труднощів. Основні поведінкові тенденції (дослідження тенденцій поведінки за методикою «Q- сортування» В. Стефансона (Таблиця 4.9., Рисунок 4.6.)) – товариськість (22,87 %), уникання боротьби (16,42 %) та залежність (19,94 %). Тобто ветерани з обмеженнями життєдіяльності прагнуть до створення

емоційних контактів, але зазначені особливості в поєднанні з проявами залежності і уникання боротьби мають дещо інфантильний характер. Вони перебувають у залежності від думки оточення, безініціативні, що може виникати, як відповідь на травматичну ситуацію життя.

Виявлене переважання таких поведінкових стратегій у конфліктних ситуаціях (дослідження схильності до конфліктної поведінки за методикою К. Томаса (Таблиця 4.10., Рисунок 4.7.), як компроміс (23,17 %) та уникання (20,96 %) вказує на те, що досліджувані ветерани з обмеженнями життєдіяльності здатні поступатися своїми інтересами, прагнуть до прийняття взаємовигідних для усіх сторін рішень і в той же час демонструють пасивність у відстоюванні своїх прав, перенесення відповідальності за вирішення проблеми на інших. Зазначені особливості могли виникнути внаслідок набуття обмежень життєдіяльності та того, що з моменту травми пройшло небагато часу.

Найвищий прояв дезадаптивних стратегій за шкалами комунікативного механізму (дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді І. Чухрій (Рисунок 4.3.)), виявляється в неадекватній формі спілкування. За результатами дослідження методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса, Р. Даймонда, у досліджуваних ветеранів встановлені високі показники за шкалами прийняття інших (83,33 %), емоційний комфорт (41,67 %) (Таблиця 4.5.) та товарицькість (22,87 %) (за результатами дослідження поведінки в реальній групі «Q-сортування» В. Стефансона (Таблиця 4.9.)), що належать до позитивних складових комунікації, проте пасивна та уникаюча позиції можуть перешкоджати взаємодії з оточенням. Також викликає занепокоєння прагнення до надмірного внутрішнього контролю (91,67 %) (дослідження методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса, Р. Даймонда (Таблиця 4.5.)), що може спотворювати зазначені показники комунікативного компонента.

За результатами дослідження особливостей емоційно-афективного психологічного механізму соціальної адаптації ветеранів з набутими ПФОРА встановлено, що у 41,66% (методика «Шкала самооцінки» Ч. Спілберга,

Ю.Ханіна (Таблиця 4.11.)) молодих ветеранів з набутими ПФОРА високі показники особистісної тривожності, це достатньо високий вітсоток. Також, 91,65 % (Таблиця 4.12.) досліджуваних ветеранів переживають соціальну фрустрованість, що може бути пов'язане з особистісною тривогою та розчаруванням після участі у військових діях через недостатність державної підтримки та послуг медичного, соціального, психологічного супроводу. Крім того, встановлено, що 8,30% (дослідження рівня депресивних станів за методикою В. Зунге (модифікації Т. Балашової (Таблиця 4.13.)) ветеранів переживають субдепресію, що потребує психотерапевтичної допомоги. Основний вид агресії – непрямий (21,57 %), що поєднується з проявами образи (14,72 %), провини (15,11 %) та підозрливості (13,45 %) (Таблиця 4.14., Рисунок 4.8.). Зазначені показники вказують на наявну автоагресію, спрямовану на самих ветеранів, яка може мати психосаматичні наслідки та переживання психічного болю, який потребує психотерапевтичного втручання та допомоги.

Як було вже зазначено, встановлені статистичні відмінності при застосуванні t- критерію Стьюдента між показниками молоді з вродженими та набутими ПФОРА за шкалами адаптивних стратегій поведінкового механізму, емоційним копінг-механізмом та захисними механізмами компенсації та раціоналізації. Застосовуючи зазначений критерій при порівнянні показників молоді з вродженими ПФОРА та ветеранів ООС з набутими ПФОРА, встановили значущі відмінності за шкалами: внутрішній контроль ($t=3,542$; $p=0,001$), суперництво ($t=2,056$; $p=0,05$), раціоналізація ($t=3,148$; $p=0,01$). Застосування критерію вказує не лише на наявність відмінностей у показниках досліджуваної молоді з вродженими, набутими, набутими під час участі в ООС ПФОРА, але й доводить правомірність порівняння досліджуваних виборок.

Також виявлені статистичні відмінності у показниках молоді з набутими ПФОРА та ветеранів ООС з ПФОРА. При застосуванні t- критерію Стьюдента для незалежних виборок виявлені відмінності за показниками шкал: прийняття себе ($t=2,0530$; $p=0,05$), прийняття інших ($t=3,931$; $p=0,001$), домінування ($t=3,902$; $p=0,001$), ескапізм ($t=2,562$; $p=0,05$), суперництво ($t=3,465$; $p=0,001$), уникання

($t=3,665$; $p=0,001$), раціоналізація ($t=3,519$; $p=0,001$), поведінкові копінг-механізми ($t=2,305$; $p=0,05$). Визначені дані вказують на відмінності, що зумовлені не лише часом набуття ПФОРА (у ветеранів набуття обмежень життєдіяльності переважно відбулося у термін від 2 до 4 років), але й участі ветеранів у військовому конфлікті, що зумовило зниження соціальної активності та прийняття власної особистості з набуттям інвалідності. Встановлені відмінності підтверджують правомірність виокремлення ветеранів ООС з набутими ПФОРА в окрему досліджувану групу.

Таким чином, проведене дослідження свідчить, що переважання у молоді з вродженими ПФОРА адаптивних стратегій за поведінковим та пізнавальним механізмами характеризується у прояві значущих показників за шкалами товарищкості, уникання боротьби, залежності, пристосування, уникання конфліктних ситуацій та внутрішнього контролю, що свідчить про те, що адаптування переважно відбувається з пасивно-пристосувальної позиції, що заважає прояву активності та самостійності. Деадаптивні прояви емоційно-афективного механізму, що були визначені як провідні у попередньому дослідженні, характеризуються наявними високими показниками особистісної тривожності, наявності показників депресивності, соціальної фрустрованості, непрямой агресії, образи та провини. Переживання негативних емоційних станів є не лише складовою деадаптивних стратегій емоційно-афективного механізму, але й можуть бути причиною зниженої активності та неініціативності молоді з вродженими ПФОРА.

Встановлено, що у молоді з набутими ПФОРА провідною є адаптивна стратегія комунікативного механізму, що проявляється у показниках товарищкості, прийняття інших, прийняття себе, уникання боротьби (стратегія долання життєвих перешкод) та домінування; у конфліктних ситуаціях провідними типами реагування є суперництво та уникання. Тобто комунікація має переважно домінуючий характер у молоді з набутими ПФОРА. Найбільш виражені деадаптивні прояви за емоційно-афективним механізмом характеризуються переважанням показників непрямой агресії, фізичної агресії,

підозрливості та образи, є показники соціальної фрустрованості. Тобто молодь з набутими ПФОРА застосовує переважно активно-агресивний тип взаємодії з оточуючими.

У ветеранів ООС з набутими ПФОРА провідні дезадаптивні стратегії визначені за шкалами комунікативного та емоційно-афективного психологічних механізмів. Досліджуваним притаманне переважання таких тенденцій, як товариськість, уникання боротьби, залежність, емоційний комфорт, прийняття інших, стилі конфліктного реагування – компроміс та уникання, тобто не активна, а уникаючо-відсторонена позиція. Виявлені показники переважання особистісної тривоги, соціальної фрустрованості, непрямой агресії, образи та провини, у деяких досліджуваних – депресивності. Також виявлені завищені показники внутрішнього контролю, які є ознакою стримування складних емоційних переживань і ненадання виходу зазначеним емоціям (що можливо при вербальній чи фізичній агресії), що приховується за маскою уникаючої, відстороненої, нібито «комфортної» позиції. Зазначені особливості вказують на ризик виникнення психосоматичних розладів. Додаткової уваги заслуговує провинна, що у своєму походженні є деструктивною складовою наслідків участі у військових діях.

4.5. Динаміка трансформації адаптивних особистісних структур у молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Для укрупнення досліджуваних характеристик психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА ми використовували процедуру факторного аналізу. Відповідно до принципів спеціальної психології [266], що полягають в дослідженні психологічних особливостей осіб з обмеженнями життєдіяльності у векторі від особливостей типового розвитку до визначення специфічних особливостей дизонтогенезу та відповідному подальшому визначенні напряму психокорекційної роботи з молоддю з обмеженнями життєдіяльності, було проведено дослідження психологічних механізмів

соціальної адаптації молоді з типовим розвитком за психодіагностичним інструментарієм застосованим з досліджуваними з ПФОРА, а саме:

1) дослідження структури Я-концепції особистості: дослідження особливостей Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату І. Чухрій.;

2) дослідження соціальної адаптації молоді: методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда; 3) комплексне дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді: діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації молоді І. Чухрій; методика діагностики копінг-механізмів Е.Хейма; індекс життєвого стилю Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Конте / тест для діагностики механізмів психологічного захисту; 4) дослідження пізнавального, поведінкового, комунікативного, емоційно-афективного та мотиваційно-вольового механізмів соціальної адаптації молоді: діагностика провідних тенденцій поведінки в реальній групі та уявлень про себе методика "Q-Сортування" В. Стефансона; методика діагностики типу поведінки в конфлікті К. Томаса (адаптація Н.В. Гришиної); методика «Шкала самооцінки» Ч. Спілберга, Ю. Ханіна; діагностика рівня соціальної фрустрації Л. Вассермана (модифікація В.В. Бойка); методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (модифікація Т. Балашової); методика діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація А.К. Осницького) та шкали методик: методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда, діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації молоді І. Чухрій та індекс життєвого стилю Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Конте / тест для діагностики механізмів психологічного захисту.

У дослідженні взяла участь молодь з типовим розвитком - 150 осіб, яка навчалася за заочною формою навчання ЗВО: Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського, Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» (м.Київ); Вінницького соціально-економічного інституту Відкритого міжнародного університету

розвитку людини «Україна», Комунального вищого навчального закладу «Вінницька академія неперервної освіти».

Особливості, терміни та бази дослідження молоді з ПФОРА представлені у розділі 3 дисертації. Загальна кількість досліджуваної молоді з ПФОРА 546 осіб з них: 158 з порушеннями функцій опорно-рухового апарату внаслідок дизонтогенезу; 148 з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату та 120 ветеранів ООС з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Перш ніж описувати отримані результати, відзначимо суттєвий момент: у випадку загального поділу вибірки досліджуваних на тих, у кого наявні ПФОРА, і тих, у кого вони відсутні, вимоги до застосування факторного аналізу виконуються, тобто кількість досліджуваних в обох підвиборках більше ніж удвічі перевищує кількість змінних дослідження, тому отримані результати є цілком адекватні й обґрунтовані.

Процедура факторизації - метод головних компонент з Varimax обертанням – була використана у два етапи. На першому - застосовували нормалізацію Кайзера із власним числом 1, обчислюючи загальноможливу кількість факторів. На другому - повторювали процедуру за методом кам'янистого осипу Кеттела, обмежуючи їх кількість. Після цього було проведене інтерпретування отриманих факторів.

На першому етапі ми отримали факторні структури осіб з ПФОРА. За вказаною вище процедурою в групі молоді з ПФОРА було виділено 5 факторів, що описували 76,40 % дисперсії, перші три з яких описували по 18,62%, 18,28% і 17,35% - відповідно. Інші два суттєво слабші фактори склали відповідно 11,93% і 10,22%. (Таблиця 4.15, Додаток К.).

Таблиця 4.15.

Статистичні характеристики головних компонентів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Компоненти	Суми квадратів навантажень видобутку			Суми квадратів навантажень обертання		
	Всього	Дисперсії у %	Кумулятивний у %	Всього	Дисперсії у %	Кумулятивний у %
1	4,59	22,38	22,38	3,82	18,62	18,62
2	3,60	17,54	39,91	3,75	18,28	36,90
3	3,19	15,52	55,44	3,56	17,35	54,25
4	2,35	11,45	66,88	2,45	11,93	66,18
5	1,95	9,52	76,40	2,10	10,22	76,40

За результатами процедури факторизації даних, отриманих за результатами емпіричного експерименту, було виокремлено п'ятифакторну структуру психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА (Таблиця 4.16.).

Таблиця 4.16.

П'ятифакторна структура психологічних механізмів соціальної адаптації/дезадаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Фактори психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА	Дисперсії (у%)
«Я-орієнтований»	18,62
«Деадаптивний»	18,28
«Адаптивно-раціональний»	17,35
«Приспосувальний»	11,93
«Емоційно-компромісний»	10,22
<i>Усього</i>	<i>76,40</i>

Кожен з факторів зазначеної структури увібрав у себе компоненти кількох психологічних механізмів (поведінкового, пізнавального, емоційно-афективного, мотиваційно-вольового та комунікативного), що вказує на взаємозв'язок психологічних механізмів соціальної адаптації між собою та визначення психологічних механізмів соціальної адаптації особистості як інтегративних психологічних понять.

Перший фактор – 18,62% загальної дисперсії склався з характеристик сприйняття власного Я, на перше місце в якому виходять сприймання себе в сім'ї (0,90), у професійній сфері (0,87) та сприймання фізичного (й, насамперед, тілесного) Я (0,81). Даний фактор ми назвали **«Я-орієнтований»**. Тобто провідними компонентами Я-концепції молоді з ПФОРА є Я-сімейне, Я-професійне та Я-фізичне, а компоненти пов'язані з особистісним розвитком, саморозвитком та самоосвітою, не набули достатньої значущості і потребують особливої уваги при розробці психокорекційних програм.

Другий фактор – 18,28% загальної дисперсії – пов'язаний з агресивно-депресивно-тривожними станами при дезадаптивних проявах. Як бачимо, у ньому інтегрувалися різні характеристики, пов'язані з негативними життєвими проявами: регресія і депресивність (по 0,73), показник загальної дезадаптації (0,70), особистісна тривога (0,65) і базові складові, пов'язані з агресивністю – інтегральний показник агресії (0,59), почуття провини (0,56) і ворожість (0,53). Даний фактор ми назвали **«Дезадаптивний»**. Тобто дезадаптація молоді з ПФОРА пов'язана з негативними емоційними переживаннями та утвореннями таких особистісних властивостей, як тривожність, депресивність, агресивність (агресія переважно є внутрішньою і виражена почуттям провини та ворожістю до оточення – це є форми агресії, що деструктивним чином впливають на особистість, оскільки вони не завжди можуть виражатися та відреагуватися).

Третій фактор визначає 17,35% загальної дисперсії. Він виявився певною мірою протилежним попередньому фактору й був названий за домінуючими характеристиками **«Адаптивно-раціональний»**. На першому місці за навантаженням тут вийшли показники інтегральної адаптованості (0,81),

раціоналізації (0,76) і компенсації (0,70). З іншого боку, до нього долучилися з негативним коефіцієнтом (префіксом «НЕ») показники реактивної тривожності (-0,60) і фрустрованості (-0,53). Тобто адаптація у молоді з ПФОРА забезпечується через дію таких механізмів психологічного захисту, як компенсація та раціоналізація, які, в свою чергу, знижують реактивну тривожність (тривогу, яка виникає на конкретну ситуацію) та соціальну фрустрованість. Можна припустити, що має місце адаптування через когнітивне обмірковування та раціональне (незавжди відповідне реальній ситуації) пояснення фрустраційних соціальних ситуацій та компенсація складностей життя через інші можливості.

Четвертий фактор характеризується найменшою кількістю показників - двома, проте їх значення, що відносяться до способів поведінки в конфліктних ситуаціях, виявилися досить високими й взаємопов'язаними – несуперництво (-0,92) і пристосування (0,84). Тож і назву даний фактор отримав відповідно до характеристик **«Пристосувальний»** (11,93% загальної дисперсії). Тобто пристосування відбувається внаслідок придушення прагнення до суперництва з оточуючими. Нівелювання поведінкової стратегії суперництва може бути пов'язане з недостатньою активністю молоді з обмеженнями життєдіяльності.

П'ятий фактор за домінуючими характеристиками був названий **«Емоційно-компромісний»** (10,22% загальної дисперсії). Його основу складають показники неадаптивних копінг-стратегій емоційного механізму (0,78), серед яких пригнічення емоцій, покірність, самозвинувачення тощо. Вони пов'язані з бажанням компромісу (0,72) й небажанням виявляти власну активність, спрямовану на співпрацю з оточенням (-0,67) [339].

У підсумку маємо 2 фактори (Я-орієнтований та адаптивно-раціональний), що характеризують позитивну спрямованість осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату й 3 (дезадаптивний, пристосувальний, емоційно-компромісний), що характеризують їхню негативну спрямованість (Таблиця 4.16.). Варто зауважити, що основні особливості соціального адаптування молоді з ПФОРА полягають у компенсації недостатності можливостей іншими

збереженими або сформованими особливостями, тривожна і фрустраційна реальність може пояснюватися людиною незавжди відповідно до реальної життєвої ситуації, дезадаптивність проявляється у переживанні негативних емоційних станів та неактивній пристосувальній позиції.

Відповідно до принципів спеціальної психології [266], з метою визначення вектора психокорекційної роботи з молоддю з обмеженнями життєдіяльності, було проведено дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з типовим розвитком, встановлено статистичні відмінності отриманих даних молоді з обмеженнями життєдіяльності та молоді з типовим розвитком і проведено процедуру факторизації отриманих даних показників психологічних механізмів молоді з типовим розвитком. У контрольній групі досліджуваних молодих людей з типовим розвитком (Таблиця 4.18.) факторна структура виявилася схожою з факторною структурою молоді з ПФОРА (4.16.), проте з деякими відмінностями.

Таблиця 4.17.

Статистичні характеристики головних компонентів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з типовим розвитком

Компоненти	Суми квадратів навантажень видобутку			Суми квадратів навантажень обертання		
	Всього	Дисперсії (у %)	Кумулятивний (у %)	Всього	Дисперсії (у %)	Кумулятивний (у %)
1	9,06	33,57	33,57	6,07	22,51	22,51
2	5,31	19,67	53,24	5,49	20,36	42,87
3	4,16	15,43	68,67	5,46	20,26	63,12
4	2,59	9,62	78,29	4,09	15,17	78,29

Усього було визначено 4 фактори, які охоплюють 78,30% дисперсії (Таблиця 4.17.).

Перший фактор склав 22,51% загальної дисперсії, другий 20,36% і третій 20,24%, четвертий, найслабший із значимих факторів, відповідає 15,17% загальної дисперсії (Таблиця 4.17, Додаток Л.).

Перший фактор отримав назву «**Деадаптовано-відчужено-тривожний**» за назвами найсильніших показників, що до нього включені. Інтегральний показник деадаптованості становить 0,85. Наступними є неприйняття інших (0,84) і неприйняття себе (0,79), за ними – показники відчуття емоційного дискомфорту (0,73), спрямованості на зовнішній контроль (0,76) й особистої і реактивної тривожності (0,68 і 0,67 відповідно). Тобто деадаптованість молоді з типовим розвитком виявляється у неприйнятті себе, відчутті емоційного дискомфорту, спрямованості на зовнішній контроль та особистісній і реактивній тривожності. Отже, деадаптивними є незадоволеність власними особистісними рисами, перекладання відповідальності за власне життя на зовнішні фактори (навколишнє середовище, долю, випадок), що супроводжується невизначеністю в емоційному ставленні до навколишньої соціальної дійсності, невпевненістю у собі, пригніченням, безініціативністю та переживанням тривоги [339].

Другий у факторній структурі молоді з типовим розвитком майже повністю відповідний першому фактору у структурі молоді з ПФОРА, також названий «**Я-орієнтований**». Його вага, як і наступного фактора, склала 20,36%. Найсильніший показник аналогічній структурі молоді з ПФОРА – «Я – сімейне» (0,89), що вказує на провідну тенденцію в періоді молодості. Однак специфікою Я-орієнтованого молоді з типовим розвитком є менша значущість показника Я – фізичного, ніж у молоді з ПФОРА, він займає 5-те місце за значимістю (0,74). Я-фізичне не є провідним компонентом Я-концепції молоді з типовим розвитком, оскільки провідним його значення є на ранніх етапах нормативного розвитку. На друге місце зазначеного фактора вийшов показник Я – психічного (0,87), Я-професійне також має значуще значення [339]. Тобто «Я-орієнтований фактор» досліджуваної молоді має відповідну типовому розвитку структуру описану в науковій психології: Я-сімейне, Я-психічне, Я-професійне [133].

Третя група показників пов'язана з захисними механізмами, до неї увійшли 6 з 8 досліджуваних показників: регресія (0,76), компенсація (0,75), неприйняття (0,73), раціоналізація (0,68), залежність (0,61) і гіперкомпенсація (0,60). Інші два відносяться до непрямих складових агресивності – ворожість (0,65) і почуття провини (0,63). Те, на захист від чого механізми, в принципі, й спрямовані. Таким чином, даний фактор ми назвали «**Адаптивно-захисний**» (20,24% загальної дисперсії).

Четвертий фактор, найслабший серед виділених, склав 15,17% загальної дисперсії. Його ми віднесли до «**Адаптивно-конструктивного**» фактора, оскільки основні складові показники (5 елементів) характеризують виключно конструктивний бік адаптованості – її інтегральний показник (0,82), прийняття себе й інших (0,78 і 0,72 відповідно), емоційний комфорт (0,70) і домінування (0,66) [339].

У підсумку для осіб з типовим розвитком маємо 4-факторну структуру (Таблиця 4.18.), в якій зафіксовано їх основні психологічні механізми соціальної адаптації, до компонентного складу увійшли: «Дезадаптивно-відчужено-тривожний», «Я-орієнтований», «Адаптивно-захисний» та «Адаптивно-конструктивний» фактори.

Таблиця 4.18.

Чотирифакторна структура психологічних механізмів соціальної адаптації/дезадаптації молоді з типовим розвитком

Фактори психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з типовим розвитком	Дисперсії (у %)
«Дезадаптивно-відчужено-тривожний»	22,51
«Я-орієнтований»	20,36
«Адаптивно-захисний»	20,24
«Адаптивно-конструктивний»	15,17
<i>Усього</i>	78,29

Варто відзначити основні відмінності у факторній структурі осіб з типовим розвитком та з ПФОРА (Рисунок 4.9.).

По-перше, захисні механізми в осіб з типовим розвитком виділені в окремий фактор, який пов'язується, насамперед, з адаптацією. У факторній структурі молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату захисні механізми пов'язуються з особистісною тривожністю, агресивністю, в цілому – з інтегральною дезадаптацією. По-друге, показники способів поведінки в конфліктах взагалі не стали значимими для молоді з типовим розвитком, тобто значимо не увійшли до жодного фактора ($p < 0,40$). Для молоді з обмеженнями життєдіяльності вони значимо увійшли одразу до двох факторів – «приспосувальний» і «емоційно-компромісний».

Для встановлення статистичних відмінностей між показниками психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА та з типовим розвитком було застосовано t-критерій Стюдента для незалежних виборок [367]. У результаті було зафіксовано статистичні відмінності за шкалами: емоційний комфорт $t = 3,404$ та підлеглість $t = 3,911$ при критичному теоретичному значенні $3,319$ на рівні значущості $p < 0,001$ (методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда); депресивність $t = 3,342$ при критичному теоретичному значенні $3,319$ на рівні значущості $p < 0,001$ (методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (модифікація Т. Балашової)); Я-фізичне $t = 3,356$ та Я-професійне $t = 3,825$ при критичному теоретичному значенні $3,319$ на рівні значущості $p < 0,001$ (дослідження особливостей Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату І. Чухрій).

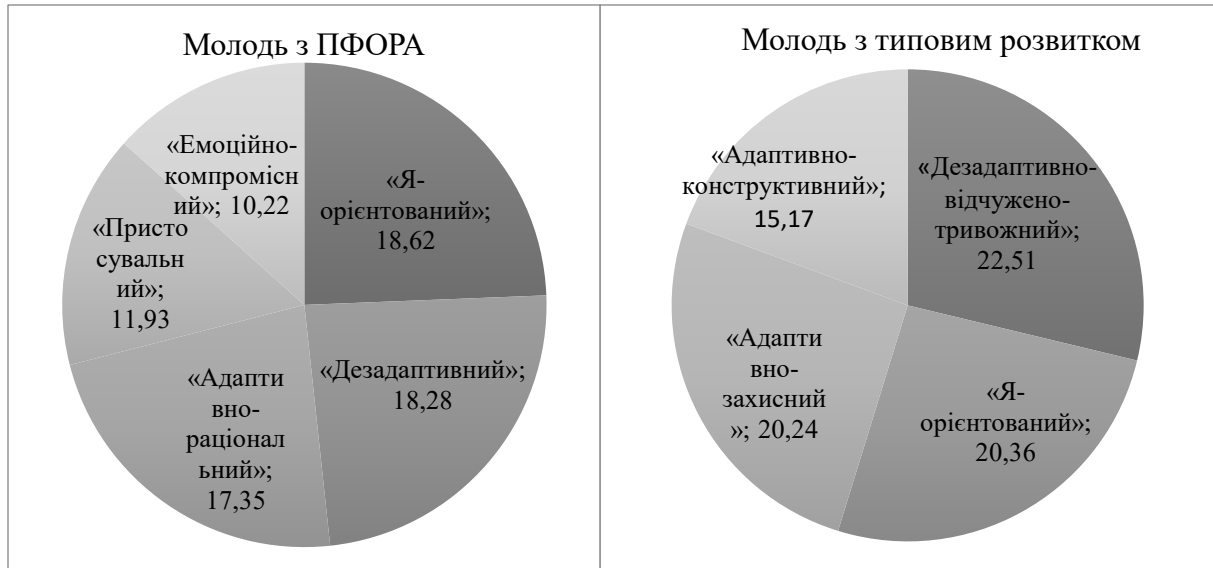


Рисунок 4.9. Факторні структури молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату та з типовим розвитком (у %).

Встановлені відмінності вказують на правомірність застосування порівняльного аналізу молоді з ПФОРА та типовим розвитком і на статистично обгрунтовані відмінності у показниках компонентів Я-концепції (Я-фізичне та Я-професійне) та у показниках, що належать до компонентного складу психологічних механізмів соціальної адаптації особистості – переважно до емоційно-афективного механізму (емоційний комфорт, підлеглість, депресивність).

Наступним завданням було уточнення факторної структури у груп осіб, з різним часом виникнення ПФОРА.

Розглянемо результати факторизації показників психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з вродженими ПФОРА. Загальна кількість молоді з вродженими ПФОРА, яка взяла участь у дослідженні, - 158 осіб. У результаті застосування методу головних компонент з Varimax обертанням з нормалізацією Кайзера й критерію кам'янистого осипу Кеттела було виявлено 5 факторних структур, які описали 67,58% загальної дисперсії (табл.4.19., Додаток М).

Таблиця 4.19.

Статистичні характеристики головних компонентів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з вродженими порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Компоненти	Суми квадратів навантажень видобутку			Суми квадратів навантажень обертання		
	Всього	Дисперсії (у %)	Кумулятивний (у %)	Всього	Дисперсії (у %)	Кумулятивний (у %)
1	10,95	22,82	22,82	8,29	20,90	20,90
2	9,03	18,82	41,64	6,25	15,76	36,66
3	4,87	10,14	51,77	4,77	12,02	48,68
4	4,31	8,98	60,75	4,00	10,10	58,78
5	3,28	6,83	67,58	3,49	8,80	67,58

Перший фактор, що характеризує 20,90% загальної дисперсії, складався з показників, що мають безпосереднє відношення до дезадаптивних проявів (0,91 – інтегрований показник дезадаптації, 0,82 – емоційний дискомфорт, 0,74 – підлеглість), пов'язаних, насамперед, з показниками, що характеризують відчуження індивіда – неприйняття себе й інших (0,73 і 0,68 відповідно), ескапізм (0,65), центрованість на зовнішньому комфорті, на протигагу внутрішньому, (0,86) тощо. Загальну назву для даного показника ми запропонували як **«Відчужено-дезадаптивний»**.

Другий фактор – 15,76% загальної дисперсії – отримав назву **«Приймаючо-адаптивний»**, оскільки увібрав у себе показники, що характеризують протилежні до попереднього фактора якості, такі як інтегральний показник адаптованості (0,83), прийняття себе й інших (0,80 і 0,72 відповідно), емоційний комфорт (0,80), комунікативна складова адаптації (0,66), нефрустрованість (-0,60). Тобто адаптованість молоді з набутими ПФОРА пов'язана з прийняттям своїх особистісних рис, зокрема й прийняття власних обмежень життєдіяльності, що супроводжується емоційним комфортом та стійкістю до фрустраційних ситуацій.

Третій фактор, що включив 12,02% поясненої дисперсії, за показниками було названо **«Я-орієнтований»**, оскільки складався з самооцінкових показників Я – сімейного (0,85), Я-професійного (0,83), Я-фізичного (0,82), Я-психічного (0,66), Я-учнівського (0,57). Зазвичай, самооцінка в даному контексті розглядається як співвіднесення індивідуальних характеристик (Я-фізичне і Я-психічне) та соціальних (Я-сімейне, Я-професійне, Я-учнівське), тобто те, наскільки людина усвідомлює і приймає свою унікальність, а також наскільки їй важлива приналежність до тієї чи іншої групи. В корені співвідношення соціальних ролей та індивідуальних характеристик лежить проблема співвіднесення соціальної та особистісної ідентичностей. При цьому під особистісною ідентичністю розуміють набір характеристик, який робить людину подібною самій собі і відмінною від інших, а соціальна ідентичність усвідомлюється в термінах групового членства, приналежністю до тієї чи іншої групи людей. Соціальна ідентичність домінує у випадку, коли в людини спостерігається високий рівень визначеності схеми «ми – вони» і низький рівень визначеності схеми «я – ми». Особистісна ідентичність привалює у людей з високим рівнем визначеності схеми «я – вони» і низьким рівнем визначеності схеми «ми – вони».

Четвертий фактор, що включав лише 10,10% дисперсії, ми назвали **«Залежно-раціоналізуючий»**. Він був названий за двома домінуючими показниками: залежність (0,70) і раціоналізація (0,69). Перший характеризує

внутрішнє і зовнішнє прагнення індивіда до прийняття групових стандартів і цінностей: соціальних, морально-етичних. Для таких осіб характерні: підпорядкованість лідерам у групі, нерішучість у спілкуванні, певна покірливість, в тому числі й при виконанні наказів. Раціоналізація як один з базових захисних механізмів допомагає знайти несуперечні пояснення цьому. У цьому випадку використовується тільки така частина і робляться тільки такі висновки, в яких залежна поведінка презентується, як дещо об'єктивно контрольоване й несуперечне. Сутність захисту при раціоналізації виявляється у намаганні пост-фактум створити / відновити баланс між бажаним і реальним, й тим самим попередити втрату самоповаги, зниження самооцінки тощо.

Окрім вказаних, до четвертого фактора входить емоційно-афективна складова адаптації (0,65), незалежність у негативному прояві (-0,51), що можна інтерпретувати як залежну поведінку, й показники Q-сортування спілкування і неспілкування (0,61 і 0,56 відповідно). Амбівалентні прагнення особистості утворювати і ухилятися від емоційних зв'язків у своїй групі та за її межами. При цьому життєрадісність у спілкуванні, жвавість і товариськість, що характеризують товариськість, чергуються з понуренням, байдужістю до справ групи, млявістю в спілкуванні, мовчазністю і байдужістю до проблем групи, нелюдимістю, пасивністю та інертністю.

П'ятий фактор – **«Інтернально-унікаючий»** – складався з показників, що характеризують уникнення взаємодії з оточенням й, одночасно, спрямованість на внутрішній контроль. Уникання було представлене одразу трьома різними показниками – неприйняттям боротьби (-0,73), уникненням (0,64), несуперництвом (-0,59). Інтернальність ми пов'язали з: переживаннями внутрішнього комфорту (0,66), і, відповідно, когнітивною і мотиваційно-вольовою адаптацією (0,58 і 0,53). «Інтернально-унікаючий» фактор виявився найслабшим і склав трохи менше 8,80%.

У підсумку для осіб з вродженими ПФОРА виокремлено 5-факторну структуру психологічних механізмів соціальної адаптації (Таблиця 4.20.), в якій зафіксовано адаптивні та дезадаптивні стратегії.

Таблиця 4.20.

П'ятифакторна структура психологічних механізмів соціальної адаптації/дезадаптації молоді з вродженими порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Фактори психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з вродженими ПФОРА	Дисперсії (у %)
«Відчужено-дезадаптивний»	20,90
«Приймаючо-адаптивний»	15,76
«Я-орієнтований»	12,02
«Залежно-раціоналізуючий»	10,10
«Інтернально-унікаючий»	8,80
<i>Усього</i>	<i>67,58</i>

У факторній структурі молоді з набутими ПФОРА (загальна кількість досліджуваних – 148 осіб) було виділено 4 фактори, які склали 79,23% загальної дисперсії. (Таблиця 21., Додаток Н.).

Звертає на себе увагу домінування адаптивних показників у трьох з чотирьох виділених факторів. У першому - це комунікативна складова й інтегральна адаптованість, у другому – емоційно-афективна і мотиваційно-вольова, в третьому – когнітивна і поведінкова складові адаптованості, й лише слабший четвертий фактор увібрав до себе показники дезадаптованості.

Перший – найбільший фактор – акумулює у собі 27,58% загальної дисперсії. До нього, окрім адаптованості, увійшли ключові показники захисних механізмів й агресивності. Тому й назву даний компонент отримав «**Агресивно-**

захисний». Найпотужнішими показниками у ньому є регресія (0,91), повна агресивність (0,88) та інтегральний показник адаптованості (0,88). Окрім них, до даного компонента увійшли такі захисні механізми, як раціоналізація (0,87), компенсація (0,86), проекція (0,82), заміщення (0,79), витіснення (0,78); такі складові агресивності, як фізична агресія (0,85), підозрілість (0,85), вербальна агресія (0,71); такі складові адаптивності, як комунікативна дезадаптованість (-0,83) і адаптованість (0,62), прийняття себе (0,72), незалежність (0,72), домінування (0,71). Можна припустити, що у соціально-психологічній адаптації молоді з набутими ПФОРА провідне місце належить агресії (переважно спрямованій назовні – фізична, вербальна) та захисним механізмам.

Таблиця 4.21.

Статистичні характеристики головних компонентів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Компоненти	Суми квадратів навантажень видобутку			Суми квадратів навантажень обертання		
	Всього	Дисперсії (у %)	Кумулятивний (у %)	Всього	Дисперсії (у %)	Кумулятивний (у %)
1	20,24	30,66	30,66	18,20	27,58	27,58
2	12,70	19,25	49,91	13,13	19,89	47,47
3	10,65	16,14	66,05	11,05	16,74	64,21
4	8,70	13,18	79,23	9,91	15,02	79,23

Другий елемент факторної структури (19,89% загальної поясненої дисперсії) отримав подвійну назву – **«Конкурентно-запальний емоційно-адаптивний»**. Це пояснюється домінуванням показників, які пов'язані з протистоянням, прийняттям викликів, суперництвом. З іншого боку, показників авто- і непрямой агресивності – дратівливості, образливості, ворожості, негативізму. Доповнюють дану картину високі значення показників мотиваційно-вольової і емоційно-афективної складової адаптації (психологічні механізми соціальної адаптації). Тож, на першому місці за потужністю виявився показник прийняття боротьби (0,93), наступні за ним - дратівливість (0,87), мотиваційно-вольова складова дезадаптації (-0,86), пристосованість (-0,84), ворожість (0,79), емоційно-афективні складові дезадаптації (-0,79) і адаптації (0,76), суперництво (0,71), мотиваційно-вольова складова адаптації (0,71), непряма агресія (0,66), образливість (0,64), негативізм (0,61).

Третій фактор, що описує 16,74% загальної поясненої дисперсії, отримав назву **«Когнітивно-поведінково-адаптивний»** за домінуючими показниками – адаптивної складової пізнавального (0,92) та поведінкового (0,88) механізмів соціальної адаптації та дезадаптивної складової пізнавального (-0,86), і поведінкового (-0,66) психологічних механізмів. Також до даного компонента увійшли показники, що глибше розкривають його зміст – реактивна нетривожність (-0,83) й нефрустрованість (-0,70), залежність (0,81) і почуття провини (0,80), прийняття інших (0,74); та складові самооцінки – Я професійне (0,80), Я-фізичне (0,62) і Я-психічне (0,62).

Відзначимо щодо даного компонента декілька моментів. По-перше, встановлено нетривожне й нефрустроване переживання власної залежності і пов'язані з ними почуття провини та прийняття оточення. По-друге, в межах зазначеного компонента можна бачити й елементи (Я-професійне, Я-фізичне, Я-психічне) фактора «Я-орієнтований», який властивий як молоді з типовим розвитком, так і групі осіб з ПФОРА в цілому. Виокремленого ж фактора Я-орієнтованого у молоді з набутими ПФОРА в результаті процесу факторизації не виявлено, що може свідчити про те, що поява Я-фізичного внаслідок набуття

ПФОРА і в цілому переживання політравматичного досвіду вплинуло на перебудову особистісних утворень, зокрема компонентного складу Я-концепції.

Четвертий фактор описує 15,02% загальної поясненої дисперсії і є традиційним для усіх досліджуваних груп – **«Відчужено-дезадаптивний»**. Він увібрав до себе основні показники, пов'язані з утрудненнями в адаптації і дезадаптацією, а також показники, що характеризують бажання відсторонитися від навколишнього світу: інтегральний показник дезадаптованості (0,92), неприйняття себе (0,89), емоційний дискомфорт (0,82), неприйняття інших (0,75), неспілкування (-0,71), некомпроміс (-0,66), ескапізм (0,64), спрямованість на зовнішній контроль (0,63) тощо.

У підсумку для молоді з набутими ПФОРА виокремлено 4-факторну структуру психологічних механізмів соціальної адаптації (Таблиця 4.22.), в якій зафіксовано базові способи їхнього проживання життя.

Таблиця 4.22.

Чотирифакторна структура психологічних механізмів соціальної адаптації/дезадаптації молоді з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Фактори психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з набутими ПФОРА	Дисперсії (у %)
«Агресивно-захисний»	27,58
«Конкурентно-запальний / емоційно-адаптивний»	19,89
«Когнітивно-поведінково адаптивний»	16,74
«Відчужено-дезадаптивний»	15,02
<i>Усього</i>	79,23

Найпростішою з описуваних виявилася факторна структура в осіб, у яких інвалідизація, пов'язана з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, сталася нещодавно. Насамперед це відноситься до ветеранів учасників ООС, загальна кількість яких, що взяла участь у дослідженні, – 120 осіб. Тут за методом кам'янистого осипу Кеттела було виділено 3 фактори, які склали 63,95% загальної дисперсії. (Таблиця 4.23., Додаток О.). Виокремлені компоненти були більш-менш рівномірні з різницею в один і менше відсоток у порядку зменшення, починаючи з 9%.

Таблиця 4.23.

Статистичні характеристики головних компонентів психологічних механізмів соціальної адаптації ветеранів учасників антитерористичної операції/ операції об'єднаних сил з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Компоненти	Суми квадратів навантажень видобутку			Суми квадратів навантажень обертання		
	Всього	Дисперсії (у %)	Кумулятивний (у %)	Всього	Дисперсії (у %)	Кумулятивний (у %)
1	10,95	27,26	27,26	9,92	25,47	25,47
2	9,68	24,21	51,47	9,49	23,62	49,09
3	4,92	12,48	63,95	5,73	14,85	63,95

Перший фактор, що включає 25,47% дисперсії, представив собою такі групи показників. Перша - пов'язана з основними внутрішніми деструктивними проявами – реактивною і особистісною тривожністю (0,85 і 0,61 відповідно), фрустрованістю (0,72), ворожістю (0,61), агресивністю (0,57); друга – із захисним

механізмом – регресією (0,82), депресивністю (0,62), неприйняттям інших (0,61) та центрованістю на зовнішньому комфорті, на протигагу внутрішньому (0,86) тощо. Найсильнішим показником у даному компоненті є інтегральна дезадаптованість (0,90). З наведеного ми запропонували назву даного фактора як **«Деструктивно-дезадаптивний»**.

Другий фактор, близький за потужністю до першого, увібрав до себе 23,62% поясненої загальної дисперсії. За домінуючими ознаками він отримав назву **«Приймаючо-співпрацюючий залежний»**. До складової співпраці увійшли показники несуперництва (-0,89), співпраці (0,80), неприйняття боротьби (-0,65), компромісу (0,59), комунікативна складова адаптації (0,53). До складової прийняття – прийняття себе (0,80), прийняття інших (0,80), неприйняття себе (-0,80). До залежності в даному контексті нами були віднесені безпосередній показник залежності (0,77) та, наступний за ним, показник Я-сімейне (0,74). Спрямованість на залежну співпрацю активує захисний механізм компенсації (0,70).

Варто зазначити, що, так само як у факторній структурі молоді з набутими ПФОРА, у ветеранів учасників ООС не вокремлено фактора «Я-орієнтований», а лише його окремий компонент Я-сімейне, що увійшов до «Приймаючо-співпрацюючого залежного» фактора. Можна припустити, що змінюється не лише компонентний склад Я-концепції ветеранів ООС, але й можлива зміна позиції у сім'ї, оскільки набуття ПФОРА ставить ветеранів у залежну позицію насамперед від близьких (переважно дружин). Ветерани з ПФОРА, особливо в перші роки після травмування, потребують допомоги в самообслуговуванні, перміщенні, забезпеченні основних життєвих потреб, що значно ускладнює взаємодію з близьким оточенням. Такі різкі зміни можуть провокувати виникнення особистісної залежності та вибору компромісної стратегії на тлі загального неприйняття себе. Для відновлення особистісної активності необхідний не лише час, але й компетентна психологічна допомога всім членам сім'ї ветеранів ООС з набутими ПФОРА.

Третій фактор презентованої структури був названий «Гіперкомпенсаторно-адаптивний» (14,85 % дисперсії) відповідно до ключового механізму адаптації – гіперкомпенсації (0,81). Даний захисний механізм полягає у подоланні реальних і уявних недоліків зі спрямованістю на їх вдосконалення. Зазвичай, виявляється у вигляді додаткових надзусиль з метою прямого або непрямого самоствердження у різних значимих сферах життя. Самі складові адаптації були виявлені у показниках адаптивних стратегій поведінкового, мотиваційно-вольового і когнітивного механізмів соціальної адаптації (відповідно 0,86, 0,74, 0,71). Також до цього компонента залучено показник уникання раціоналізації (-0,60).

У підсумку для ветеранів учасників АТО/ООС з нещодавно набутими ПФОРА маємо 3-факторну структуру (Таблиця 4.23.), в якій зафіксовано базові способи їхнього проживання життя.

Таблиця 4.23.

Трифакторна структура психологічних механізмів соціальної адаптації/дезадаптації ветеранів учасників антитерористичної операції/ операції об'єднаних сил з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Фактори психологічних механізмів соціальної адаптації ветеранів АТО/ООС з набутими ПФОРА	Дисперсії (у %)
«Деструктивно-дезадаптивний»	25,47
«Приймаючо-співпрацюючо-залежний»	23,62
«Гіперкомпенсаторно-адаптивний»	14,85
<i>Усього</i>	<i>63,95</i>

У виділених на трьох рівнях структурах факторів адаптивних/дезадаптивних складових психологічних механізмів соціальної адаптації/дезадаптації молоді з ПФОРА можна відслідкувати гіпотетичну динаміку їх трансформацій (Рисунок 4.10.). Насамперед, відбувається ускладнення за кількістю факторних структур, відповідно 3 фактори для групи осіб з нещодавно набутими ПФОРА (ветерани учасники ООС з набутими ПФОРА), 4 в ситуації віддалено набутої травми (молодь з набутими ПФОРА) і 5 у ситуації вроджених ПФОРА (молодь з вродженими ПФОРА).



Рисунок 4.10. Динаміка трансформації адаптивних/дезадаптивних складових психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату за часом її утворення

Окрім цього, відзначимо фактор «Деструктивно-дезадаптивний», який є домінуючим у ветеранів учасників ООС з нещодавно набутими ПФОРА,

вочевидь, на наступному рівні може переходити у «Відчужено-дезадаптивний» або в «Агресивно-захисний», залежно від поглиблення / привалювання дезадаптивних чи захисних компонентів. Також в «Агресивно-захисний» при певних умовах може трансформуватися «Гіперкомпенсаторно-адаптивний» компонент, зокрема в емоційно-виснажувальних умовах. З іншого боку, останній компонент стає очевидною основою для «Конкурентно-запального емоційно-адаптивного» компонента на другому рівні [338].

При переході від віддалено набутої інвалідизації до вродженої інвалідизації, тобто від переживання ситуації «до – після» до ситуації «завжди», досить логічною виглядає можлива трансформація «Агресивно-захисного» компонента факторної структури в один з двох – «Відчужено-дезадаптивний» або «Інтернально-унікаючий» – залежно від переваги тієї чи іншої його складової. Аналогічно «Когнітивно-поведінковий адаптивний» фактор рівня віддалено набутого порушення ФОРА логічно може трансформуватися у «Приймаючо-адаптивний», «Залежно-раціоналізуючий» [361].

Серед іншого, ми вважаємо, що деякі компоненти, сформовані на початковому етапі переживання адаптації, пов'язані з набуттям ПФОРА, можуть слугувати основою прояву компонентів на третьому етапі, жодним чином не виявляючись, тобто перебуваючи в латентному стані на другому етапі. Зокрема це стосується пар факторів «Гіперкомпенсаторно-адаптивного» і «Я-орієнтованого», «Приймаючо-співпрацюючого залежного» і «Приймаючо-адаптивного», «Гіперкомпенсаторно-адаптивного» і «Приймаючо-адаптивного» компонентів.

Варто відзначити й відсутність на перших двох рівнях «Я-орієнтованого» компонента й, одночасно, його наявність як в контрольній (молоді з типовим розвитком), так і в експериментальній (молоді з ПФОРА) досліджуваних групах. Це може свідчити про наявність даного компонента переживання адаптації у більш статичних умовах, тобто в ситуації певної внутрішньої константності, або про наявність процесу трансформації Я-концепції особистості зумовленого

набуття інвалідності і появою компонента - Я-фізичного у осіб з обмеженнями життєдіяльності.

За результатами процесу факторизації показників емпіричного дослідження особливостей психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА та типовим розвитком визначені факторні структури з їх основними компонентами. До п'ятифакторної структури молоді з ПФОРА увійшли такі фактори: «Я-орієнтований», «Деадаптивний», «Адаптивно-раціональний», «Пристосувальний», «Емоційно-компромісний». До чотирифакторної структури молоді з типовим розвитком увійшли такі 3 адаптивних і один дезадаптивний фактори: «Деадаптивно-відчужено-тривожний», «Я-орієнтований», «Адаптивно-захисний», «Адаптивно-конструктивний». Також були виявлені статистичні відмінності у показниках молоді з ПФОРА та з типовим розвитком [361].

Наступним етапом дослідження було уточнення факторної структури молоді з різним часом виникнення ПФОРА. Відповідно виокремлено п'ятифакторну структуру молоді з вродженими ПФОРА, до якої увійшли фактори: «Відчужено-деадаптивний», «Приймаючо-адаптивний», «Я-орієнтований», «Залежно-раціоналізуючий», «Інтернально-унікаючий». Чотирифакторна структура молоді з набутими ПФОРА містить: «Агресивно-захисний», «Конкурентно-запальний / емоційно-адаптивний», «Когнітивно-поведінковий адаптивний», «Відчужено-деадаптивний» фактори. Важливо зазначити, що «Я-орієнтований» фактор виявлений як у молоді з типовим розвитком, так і при дослідженні усіх груп молоді з ПФОРА, не був виокремлений у молоді з набутими ПФОРА, а окремі його компоненти (Я-професійне, Я-фізичне, Я-психічне) увійшли до «Когнітивно-поведінково-адаптивного» фактора, що спричинене набуттям обмежень життєдіяльності молоді і набуття значущості компонент Я-фізичного. Найпростішою з описаних виявилася факторна структура ветеранів учасників ООС з набутими ПФОРА. До її компонентного складу увійшли: «Деструктивно-деадаптивний», «Приймаючо-співпрацюючий залежний» та «Гіперкомпенсаторно-адаптивний»

фактори. «Я-орієнтований» фактор, також не віділений, а його компонент Я-сімейне увішов до «Приймаючо-співпрацюючого залежного» фактора.

У виділених на трьох рівнях структурах факторів адаптивних/дезадаптивних складових психологічних механізмів соціальної молоді з ПФОРА відбулося ускладнення за кількістю факторних структур, відповідно 3 фактори для групи осіб з нещодавно набутими ПФОРА (ветерани учасники ООС з набутими ПФОРА), 4 в ситуації віддалено набутої травми (молодь з набутими ПФОРА) і 5 у ситуації з вродженими ПФОРА (молодь з вродженими ПФОРА). Також встановлено, що фактори у молоді з набутими ПФОРА з часом можуть трансформуватися у фактори представлені у молоді з вродженими обмеженнями життєдіяльності. У переході від переживання ситуації «до – після» до ситуації «завжди» має місце адаптивний або ж дезадаптивний варіанти розвитку факторних структур і формування відповідних адаптивних або ж дезадаптивних утворень.

Також встановлено, що фактори, сформовані на початковому етапі переживання адаптації, пов'язаної з набуттям ПФОРА, можуть слугувати основою прояву компонентів на третьому етапі, жодним чином не виявляючись, тобто перебуваючи в латентному стані на другому етапі.

Висновок до розділу 4

Відповідно до запропонованих у дисертаційному дослідженні структурно-функціональної та емпіричної моделей психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату було проведене емпіричне дослідження.

1. За результатами констатувального дослідження встановлено, що до компонентного складу структури Я-концепції молоді з ПФОРА належать: Я-психічне, Я-фізичне, Я-соціальне: Я-сімейне, Я-професійне, Я-учнівське. Важливе місце в зазначеній структурі належить компоненту - Я-фізичне, який притаманний більш раннім періодам типового розвитку, а його утворення у

структурі Я-концепції молоді з ПФОРА дестабілізує компонентний склад та впливає на дисгармонійний розвиток таких компонентів, як Я-психічне, Я-професійне, Я-сімейне та Я-учнівське.

При аналізі особливостей компонентного складу структури Я-концепції молоді з вродженими, набутими та набутими внаслідок участі у ООС ПФОРА встановлено, що найменший розкид у відсотковому співвідношенні показників компонентів Я-концепції у молоді з вродженими ПФОРА, що зумовлено поступальним, хоч і не гармонійним їх формуванням у процесі дизонтогенезу, на противагу раптовому, стрибкоподібному утворенню ПФОРА у молоді з набутими обмеженнями життєдіяльності. У молоді з набутими ПФОРА травма з набуттям інвалідності вплинула на всі життєві сфери, що призвело до дисгармонізації компонентів Я-концепції.

2. При аналізі особливостей соціальної адаптації молоді з вродженими та набутими ПФОРА виявлені спільні особливості для трьох виборок досліджуваних (молоді з вродженими, набутими, набутими внаслідок участі в ООС порушеннями функцій ОРА), а саме: непрацевлаштовуваність, яка зумовлена не лише ускладненнями працевлаштування та специфікою надання відповідних робочих місць, але й внутрішньоособистісними особливостями молоді з ПФОРА, що виявляються у гіперадаптивності - вияві дезадаптованості особистості, при якій дезадаптування відбувається з надмірними зусиллями та на межі можливостей на підґрунті завищених показників внутрішнього контролю. Також встановлено, що переважна більшість досліджуваної молоді з вродженими ПФОРА мають незавершену вищу освіту, молоді з набутими ПФОРА – вищу освіту, а ветерани ООС з набутими ПФОРА – середню та середню спеціальну освіту, що вказує на невідповідність отримання освіти та можливості працевлаштування досліджуваних.

Специфічними для молоді з вродженими та набутими ПФОРА є неможливість створити власну сім'ю, а більшість досліджуваних ветеранів ООС з набутими ПФОРА перебувають у шлюбі та в цивільних стосунках, що надає суттєві переваги в реалізації основних завдань періоду молодості.

3. При аналізі специфіки розвитку психологічних механізмів соціальної адаптації (пізнавального, поведінкового, емоційно-афективного, комунікативного та мотиваційно-вольового психологічних механізмів) молоді з ПФОРА встановлено, що найвищий рівень розвитку адаптивних стратегій у молоді з вродженими ПФОРА за пізнавальним, поведінковим та мотиваційно-вольовим психологічними механізмами; у молоді з набутими ПФОРА за комунікативним механізмом, а у ветеранів ООС – пізнавальним та мотиваційно-вольовим механізмами. Тобто адаптація у молоді з ПФОРА переважно відбувається через форми поведінки, спрямовані на аналіз труднощів, через співпрацюючу поведінку та контролюючо-вольові якості, що підтверджується переважанням когнітивного копінг-механізму (за методикою діагностики копінг-механізмів Е. Хейма) та провідною роллю механізму психологічного захисту – раціоналізації. У молоді з набутими ПФОРА адаптація відбувається переважно за допомогою методів комунікації.

Виявлені високі показники прояву дезадаптивних стратегій за емоційно-афективним психологічним механізмом у всієї досліджуваної молоді з ПФОРА, що є ознакою наявності негативних емоційних особистісних утворень. Встановлені статистичні відмінності при порівнянні показників емоційно-афективного механізму у адаптивному їх вияві молоді з вродженими та набутими ПФОРА, що вказує на те, що незважаючи на спільність переважання неадаптивних проявів зазначеного механізму у всіх досліджуваних, наявна специфіка адаптивних особливостей у залежності від часу набуття та характеру утворення ПФОРА. У ветеранів ООС з набутими ПФОРА виявлені також високі показники за шкалами дезадаптивних стратегій комунікативного механізму, що вказують на наявність ускладнення міжособистісної взаємодії та переважання конфліктних форм спілкування як суттєвих ускладнень соціальної адаптації.

Було встановлено, що провідними механізмами психологічного захисту у всієї досліджуваної молоді з ПФОРА є проекція та раціоналізація, що вказують на наявність неприйнятних власних особистісних особливостей та емоції, що сприймаються як притаманні оточуючим, поряд із значеним, неприйнятні

життєві переживання супроводжуються інтелектуальним поясненням для попередження розчарування.

Специфічним захисним механізмом для молоді з вродженими ПФОРА є регресія, значення якої вказують на притаманне молоді застосування форми поведінки ранніх стадій розвитку і наявні вагомі сподівання на допомогу оточення.

Механізм психологічного захисту неприйняття – специфічний для молоді з набутими ПФОРА та ветеранів ООС з ПФОРА. Зазначений механізм психологічного захисту демонструє стратегію стримання прагнення до прийняття оточуючих задля збереження власної непомітності.

При порівняльному дослідженні даних молоді з набутими та вродженим ПФОРА встановлені статистичні відмінності за показниками захисного механізму компенсації, що вказує на відмінність його прояву у різних групах дослідження, що зумовлено часом набуття інвалідності.

4. Дослідження компонентів пізнавального, поведінкового, емоційно-афективного, комунікативного та мотиваційно-вольового психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА дозволило виявити специфіку зазначених механізмів у залежності від характеру набуття та подальшого протікання порушень функцій ОРА.

Встановлено, що у досліджуваній молоді з вродженими ПФОРА переважають адаптивні стратегії поведінкового та пізнавального механізмів, які характеризується проявом значущих показників за шкалами товарищкості, уникання боротьби, залежності, пристосування, уникання конфліктних ситуацій та внутрішнього контролю, що свідчить про те, що адаптування переважно відбувається з пасивно-пристосувальної позиції, що заважає прояву активності та самостійності.

Найвищі показники дезадаптивних стратегій молоді з вродженими ПФОРА за емоційно-афективним психологічним механізмом, що характеризуються високими показниками особистісної тривожності, наявності показників депресивності, соціальної фрустрованості, непрямой агресії, образи та провини.

Переживання негативних емоційних станів є не лише складовою дезадаптивних стратегій емоційно-афективного механізму, але й можуть бути причиною зниженої активності та неініціативності молоді з вродженими ПФОРА.

У молоді з набутими ПФОРА виявлено переважання показників за адаптивною стратегією комунікативного механізму, які проявляються у високих показниках таких складових механізму, як товариськість, прийняття інших, прийняття себе, уникання боротьби (мається на увазі стратегія додання життєвих перешкод) та домінування, провідними типами реагування у конфліктних ситуаціях є суперництво та уникання. Специфіка комунікації молоді з набутими ПФОРА виражається у прагненні досягати власних інтересів за рахунок інших, у авторитарності та відстороненій позиції, що не дають можливості встановлювати бажані близькі товариські стосунки.

Також у молоді з набутими ПФОРА найбільш виражені дезадаптивні прояви за емоційно-афективним механізмом, яким властиві високі прояви показників непрямой агресії, фізичної агресії, підозрливості та образи, наявні показники соціальної фрустрованості (переважно знижений та дуже низький рівні), тобто молоді з набутими ПФОРА застосовує переважно активно-агресивний тип взаємодії з оточуючими, що виникає як відповідь на незадоволення соціальних потреб.

За результатами дослідження компонентів психологічних механізмів соціальної адаптації ветеранів ООС з набутими ПФОРА встановлено, що найвищі показники адаптивних стратегій за пізнавальним та мотиваційно-вольовим психологічними механізмами. Адаптивні стратегії пізнавального механізму соціальної адаптації ветеранів ООС, за результатами дослідження, характеризуються тим, що досліджувані вирішують проблеми (соціальні труднощі, внутрішні хвилювання та інші) за допомогою спроб аналізувати ситуацію, пошуку ефективних шляхів подолання проблем і віри у власні сили та контролюючі вольові якості. Адаптивні стратегії мотиваційно-вольового механізму соціальної адаптації ветеранів з обмеженнями життєдіяльності характеризуються внутрішньо-мотиваційними стратегіями та контролюючо-

вольовими якостями, що призводять до соціальної адаптації, проте їм властива переоцінка власних сил і надмірне бажання контролювати свої думки та поведінку, що може спровокувати ризик виникнення нестабільних психічних станів.

Також у досліджуваних ветеранів ООС з набутими ПФОРА виявлені провідні дезадаптивні прояви стратегій за комунікативним та емоційно-афективним психологічними механізмами. До компонентного складу комунікативного механізму належать показники за шкалами: товариськість, уникання боротьби, залежність, емоційний комфорт, прийняття інших, стилі конфліктного реагування – компроміс та уникання. У дезадаптивному прояві емоційно-афективного психологічного механізму виявлені високі показники особистісної тривоги, непрямой агресії, образи та провини, у деяких досліджуваних – депресивності та соціальної фрустрованості. Зважаючи на завищенні показники внутрішнього контролю, можна припустити, що наявне стримування складних емоційних переживань, які приховуються за уникаючою, відстороненою позицією.

Встановлені статистичні відмінності у показниках психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з вродженими та набутими ПФОРА, що вказує не лише на наявність відмінностей у показниках досліджуваної молоді з вродженими та набутими ПФОРА, але й доводить правомірність порівняння досліджуваних виборок.

Також були виявлені статистичні відмінності у показниках психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з набутими ПФОРА та ветеранами ООС з набутими ПФОРА, а саме за показниками шкал: прийняття себе, прийняття інших, домінування, ескапізм, суперництво, уникання, раціоналізація, поведінкові копінг-механізми. Визначені відмінності зумовлені не лише нетривалим утворенням ПФОРА у ветеранів ООС, але й їх участю у військовому конфлікті, що зумовило зниження соціальної активності та уповільнення процесу прийняття власної особистості з набуттям інвалідності. Виявлені статистичні відмінності підтверджують правомірність виокремлення ветеранів ООС з

набутими ПФОРА в окрему досліджувану групу.

5. За результатами процесу факторизації показників емпіричного дослідження особливостей психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА та типовим розвитком визначені факторні структури з їх основними компонентами.

До п'ятифакторної структури молоді з ПФОРА увійшли: 2 позитивно спрямованих адаптивних фактори («Я-орієнтований», «Адаптивно-раціональний») та 3 негативно спрямованих фактори («Дезадаптивний», «Пристосувальний», «Емоційно-компромісний»): «Я-орієнтований» – з компонентами Я-сімейне, Я-професійне та Я-фізичне, що складають ядро Я-концепції молоді з ПФОРА; «Дезадаптивний» – пов'язаний з агресивно-депресивно-тривожними станами при дезадаптивних проявах; «Адаптивно-раціональний» – виявлений у показниках адаптованості та механізмах психологічного захисту – раціоналізації та компенсації, що знижують показники особистісної тривожності та фрустрованості; «Пристосувальний», що розкривається в придушенні прагнення до суперництва з оточуючими; «Емоційно-компромісний», до складу якого увійшли неадаптивні копінг-стратегії емоційного психологічного механізму у поєднанні з бажанням компромісу та співпраці з оточуючими.

Відповідно до принципів спеціальної психології, що полягають у дослідженні психологічних особливостей осіб з обмеженнями життєдіяльності у векторі від особливостей типового розвитку до визначення специфічних особливостей дизонтогенезу та відповідному подальшому визначенні напрямку психокорекційної роботи, було проведено дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з типовим розвитком. До чотирифакторної структури молоді з типовим розвитком увійшли такі: 3 адаптивних («Я-орієнтований», «Адаптивно-захисний», «Адаптивно-конструктивний») і один дезадаптивний фактор («Дезадаптивно-відчужено-тривожний»): «Дезадаптивно-відчужено-тривожний», що розкриває дезадаптованість молоді у неприйнятті себе та інших, спрямованості на

зовнішній контроль та особистісній тривожності; «Я-орієнтований», до складу якого увійшли такі компоненти Я-концепції, як «Я-сімейне», «Я-психічне», та «Я-професійне», а «Я-фізичне», на протипагу компонентному складу Я-концепції молоді з ПФОРА, займає п'яте місце за значимістю, що вказує на його незначну позицію; «Адаптивно-захисний» – до його складу увійшли захисні механізми – регресія, компенсація, неприйняття, раціоналізація, залежність, гіперкомпенсація та те, на що спрямований психологічний захист – непрямі складові агресії – ворожість та почуття провини; «Адаптивно-конструктивний», що характеризує конструктивну сторону адаптації – інтегрований показник адаптації і прийняття себе та інших, емоційний комфорт, домінування.

Були виявлені статистичні відмінності у показниках молоді з ПФОРА та типовим розвитком за t-критерієм Стюдента. В результаті було зафіксовано статистичні відмінності за шкалами: емоційний комфорт, підлеглість, депресивність, Я-фізичне та Я-професійне. Встановлені відмінності вказують на правомірність застосування порівняльного аналізу молоді з ПФОРА та типовим розвитком і статистично обгрунтовані відмінності у показниках компонентів Я-концепції (Я-фізичне та Я-професійне) та у показниках, що належать до компонентного складу психологічних механізмів соціальної адаптації особистості – переважно до емоційно-афективного механізму (емоційний комфорт, підлеглість, депресивність).

6. Наступним етапом дослідження було уточнення факторної структури молоді з різним часом виникнення ПФОРА.

Відповідно виокремлено п'ятифакторну структуру молоді з вродженими ПФОРА, до якої увійшли фактори: «Відчужено-дезадаптивний», що складається з інтегрованого показника дезадаптованості у поєднанні з емоційним дискомфортом, що характеризує відчуження через неприйняття себе й інших, ескапізм, центрованість на зовнішньому комфорті, на протипагу внутрішньому тощо; «Приймаючо-адаптивний» увібрав показники протилежні попередньому фактору - інтегральний показник адаптованості, прийняття себе й інших, емоційний комфорт, комунікативну складову адаптації, нефрустрованість; «Я-

орієнтований» – до зазначеного фактора увійшли такі компоненти Я-концепції, як Я – сімейне, Я-професійне, Я-фізичне, Я-психічне, Я-учнівське, що підтвердило описану в теоретичній частині структуру Я-концепції, молоді з ПФОРА, «Залежно-раціоналізуючий» увібрав у собі шкали залежності і раціоналізації та емоційно-афективну складову адаптації, незалежності у негативному прояві, що можна інтерпретувати як залежну поведінку й показники спілкування і неспілкування, що виявило амбівалентні прагнення особистості утворювати і ухилятися від емоційних зв'язків у своїй групі та за її межами; «Інтернально-уникаючий» представлений неприйняттям боротьби, уникненням, несуперництвом. Інтернальність ми пов'язали з переживаннями внутрішнього комфорту і, відповідно, когнітивною і мотиваційно-вольовою адаптацією.

Чотирифакторна структура молоді з набутими ПФОРА містить: «Агресивно-захисний» фактор, у якому найпотужніше виявлені – регресія, агресивність та інтегрований показник адаптивності, що вказує на адаптування через неконструктивну агресію та механізми психологічного захисту, також до зазначеного фактора увійшли показники за шкалами захисних механізмів – раціоналізація, компенсація, проєкція, заміщення, витіснення; такі складові агресивності, як фізична агресія, підозрілість, вербальна агресія; такі складові адаптивності, як комунікативна дезадаптованість і адаптованість, прийняття себе, незалежність, домінування; «Конкурентно-запальний / емоційно-адаптивний» характеризується домінуванням показників, пов'язаних з протистоянням, прийняттям викликів, суперництвом, а з іншого боку, показниками авто- і непрямой агресивності – дратівливості, образливості, ворожості, негативізму, доповнюють зазначені особливості високі значення показників мотиваційно-вольової і емоційно-афективної складової адаптації (психологічні механізми соціальної адаптації): прийняття боротьби, дратівливості, мотиваційно-вольової складової дезадаптації, пристосованості, ворожості, емоційно-афективних складових дезадаптації і адаптації, суперництва, мотиваційно-вольової складової адаптації, непрямой агресії, образливості, негативізму; «Когнітивно-поведінково адаптивний» визначається

переважанням показників адаптивної складової пізнавального і поведінкового та дезадаптивної складової пізнавального і поведінкового психологічних механізмів соціальної адаптації, до даного компонента увійшли показники, що глибше розкривають його зміст – реактивна нетривожність й нефрустрованість, залежність і почуття провини, прийняття інших; та складові Я-концепції – Я - професійне, Я-фізичне і Я-психічне; «Відчужено-дезадаптивний» увібрав до себе основні показники, пов'язані з утрудненнями в адаптації і дезадаптацією, а також показники, що характеризують бажання відсторонитися від навколишнього світу: інтегральний показник дезадаптованості, неприйняття себе, емоційний дискомфорт, неприйняття інших, неспілкування, некомпроміс, ескапізм, спрямованість на зовнішній контроль тощо.

Важливо зазначити, що «Я-орієнтований» фактор виявлений як у молоді з типовим розвитком, так і при дослідженні всієї досліджуваної молоді з ПФОРА не був виокремлений у молоді з набутими ПФОРА; а окремі його компоненти (Я-професійне, Я-фізичне, Я-психічне) увійшли до «Когнітивно-поведінково-адаптивного» фактора, що спричинене набуттям обмежень життєдіяльності молоді і набуття значущості компонента Я-фізичного.

Найпростішою з описаних виявилася факторна структура ветеранів учасників ООС з набутими ПФОРА. До її компонентного складу увійшли: «Деструктивно-дезадаптивний» фактор, найсильнішим показником якого є дезадаптованість, що характеризується поєднанням реактивної і особистісної тривожності, фрустрованості, ворожості, агресивності з захисним механізмом – регресією, депресивністю, неприйняттям інших та центрованістю на зовнішньому комфорті, на протигагу внутрішньому, тощо; «Приймаючо-співпрацюючий залежний» фактор до складової співпраці увійшли показники несуперництва, співпраці, неприйняття боротьби, компромісу, комунікативна складова адаптації, до складової прийняття – прийняття себе, прийняття інших, неприйняття себе, до залежності були віднесені безпосередній показник залежності та показник Я-сімейне, спрямованість на залежну співпрацю активує захисний механізм компенсації; «Гіперкомпенсаторно-адаптивний» фактор

увібрав показники: гіперкомпенсацію, показники адаптивних стратегій поведінкового, мотиваційно-вольового і когнітивного механізмів соціальної адаптації та показник уникання раціоналізації.

«Я-орієнтовний» фактор, як у досліджуваної молоді з віддалено набутими ПФОРА, також не виділений, а його компонент Я-сімейне увішов до «Приймаючо-співпрацюючо-залежного» фактора.

Виділено фактори адаптивних/дезадаптивних складових психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з вродженими, набутими та набутими під час участі в ООС ПФОРА. Встановлено, що відбувається ускладнення факторних структур молоді з ПФОРА відповідно до часу їх виникнення, а саме: 3 фактори в структурі осіб з нещодавно набутими ПФОРА (ветерани учасники ООС з набутими ПФОРА), 4 в ситуації віддалено набутої травми (молодь з набутими ПФОРА) і 5 у ситуації вроджених ПФОРА (молодь з вродженими ПФОРА). Визначені фактори у молоді з набутими ПФОРА з часом можуть трансформуватися у фактори представлені у молоді з вродженими обмеженнями життєдіяльності. У переході від переживання ситуації «до – після» до ситуації «завжди» має місце адаптивний або ж дезадаптивний варіанти розвитку факторних структур і формування відповідних адаптивних або ж дезадаптивних утворень.

Також встановлено, що фактори, сформовані на початковому етапі переживання адаптації, пов'язаної з набуттям ПФОРА, можуть перебувати в латентному стані і проявитися через значний часовий проміжок.

РОЗДІЛ 5

СИСТЕМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ДЕЗАДАПТИВНИХ ПРОЯВІВ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

5.1. Модель практичної реалізації системи психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

У зв'язку зі стрімкими економічно-політичними змінами в Україні особливого значення набуває проблема надання психологічної допомоги. Зростає попит на психокорекційні, консультативні та психотерапевтичні послуги для населення країни. Особливої значущості набуває надання психологічних послуг молоді з обмеженнями життєдіяльності, у тому числі ветеранам ООС з набутими ПФОРА. На державному рівні впроваджуються програми соціально-психологічного супроводу молоді з обмеженнями життєдіяльності, проте зазначена проблема недостатньо розроблена. З метою надання комплексної психологічної допомоги молоді з ПФОРА було розроблено та апробовано систему психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату та модель зазначеної системи (Рисунок 5.1).

Методологічною основою системи психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА стали положення: про основні принципи психотерапевтичної та психокорекційної роботи А. Бондаренко, Л. Борової, Л. Бурлачука, І. Вачкова [35; 37; 42; 47], види психокорекційної роботи А. Осіпової, В. Шапаря, Т. Яценко [195; 351; 378] та інших; індивідуального психоаналізу Дж. Боулбі, М. Кляйн, Д. Розенфельда, О. Феніхеля, А. Фрейд, З. Фрейда, [38; 39; 244; 296; 304; 305] та інших; групового аналізу Г. Барроу, В. Біона, Р. Славсона, С. Фукса [27; 73] та інших; основні принципи психокорекційної роботи з особами з обмеженнями життєдіяльності

розкриті в наукових працях С. Миронової, К. Островської, О. Романенко, В. Синьова, Є. Синьової, Л. Фомічової, А. Шевцова, М. Шеремет, Д. Шульженко [175; 200; 247; 173; 301; 359; 363; 364] та інших науковців.

Основні положення психокорекційної роботи з дітьми та молоддю з обмеженнями життєдіяльності розкриті у наукових працях: методологічні принципи психокорекційної роботи з особами з обмеженнями життєдіяльності В. Синьов, А. Шевцов [265; 354], корекційна модель сенсорного виховання дошкільників з обмеженнями життєдіяльності Л. Фомічова [301]; особливості корекційного виховання дитини з обмеженнями життєдіяльності Д. Шульженко [368]; психофізіологічний підхід як основа корекційно-розвивального впливу на дітей з психофізичними порушеннями С. Яковлева [376]; сучасні підходи до психокорекції емоційних порушень у дітей з обмеженнями життєдіяльності Л. Руденко, Ю. Гавриленко, Т. Осадча [254], психокорекційний вплив комунікативного потенціалу на комунікативну діяльність дітей з обмеженнями життєдіяльності І. Мартиненко [165]; особливості психокорекції мотивації дітей з когнітивними порушеннями Л. Прохоренко [214]; особливості психокорекційної роботи з дітьми та молоддю з порушеннями функцій опорно-рухового апарату С. Яковлева [375]; теоретичні засади та програма психокорекції антиципації у дітей з церебральним паралічем О. Романенко [247]. Водночас недостатньо уваги у науковій літературі приділено проблемі психокорекції психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності, зокрема з ПФОРА.

Варто зазначити, що складність вибору засобів психокорекційного впливу обумовлена специфікою дизонтогенезу, у випадку молоді з набутими ПФОРА, переживанням політравматизації молоддю з ПФОРА та комплексним деструктивним впливом ПФОРА на особистість та психологічні механізми соціальної адаптації молоді.

Практична реалізація системи психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА здійснюється відповідно до основних загальних принципів психокорекційної роботи:

1. Принцип комплексності психологічної корекції [162; 354], що передбачає розгляд психологічної допомоги як компонента психологічної реабілітації в структурі комплексного соціального реабілітування [354]. Не можна здійснити підбір відповідних засобів психологічної корекції без врахування основних факторів соціального реабілітування: психологічного, педагогічного, медичного, соціального, техніко-середовищного. Для успішної реалізації завдань психокорекційної роботи психолог повинен не лише ознайомитися з соціальним анамнезом молоді з ПФОРА, але й враховувати особливості перебігу захворювання, терміни госпіталізації, напрямки медичної реабілітації, підготувати та обладнати приміщення для проведення психологічної роботи, вивчити застосовувані молоддю з ПФОРА засоби переміщення та інше, ознайомитися з науково-практичною літературою, вивчити світовий досвід проведення психокорекційної роботи з молоддю з ПФОРА, підібрати необхідний матеріал для проведення семінарів та лекційних занять із застосуванням провідних світових педагогічних практик та інше.

Дотримання принципу комплексності дозволить забезпечити оптимізацію застосування психокорекційних засобів. У залежності від особливостей обмежень життєдіяльності можна розрахувати оптимальний час проведення індивідуальних та групових форм психокорекційного впливу. При врахуванні особливостей застосування молоддю інвалідних візків або інших техніко-середовищних засобів важливо забезпечити максимально безпечно-доступне місце проведення психологічної роботи з варіативністю вибору місця розміщення кожного учасника програми. Застосування інтерактивних дошок та ТЗН забезпечить максимальне засвоєння матеріалу навчальних семінарів, а застосування комп'ютерних технологій дозволить проводити дистанційні форми роботи (Skype-консультування, проведення семінарів та супервізій із застосуванням конференц-зв'язку Zoom та інших дистанційних форм психокорекції із застосуванням комп'ютерних технологій).

2. Принцип єдності діагностики та корекції [162; 195]. Для визначення вектора психокорекційного впливу, постановки завдань та підбору засобів

психокорекції необхідно визначити «проблемні зони» досліджуваних. Ефективність психокорекції залежить від якості проведеної діагностики. За результатами констатувального дослідження можна визначити не лише специфіку дизонтогенетичного розвитку, але й наявність особистісних властивостей та інших особливостей, що ускладнюють соціально-психологічну адаптацію. Перед проведенням індивідуального консультування та психотерапії, тренінгів та групової психотерапії необхідно проводити первинне інтерв'ю – для визначення не лише запиту до психологічної роботи, але й збору анамнезу, визначення готовності до індивідуальної або групової форм роботи, підготовки до психологічної роботи, визначення оптимальних засобів впливу.

Застосування психокорекційних засобів потребує контролю за їх ефективністю, що розкривається в формуальному дослідженні.

3. Принцип особистісної орієнтованості полягає в орієнтації психокорекційної роботи на цілісність особистості молоді з ПФОРА, на гуманізм, спрямований на формування вільної особистості, її саморозвитку, самоактуалізації та унікальних особистісних якостей (С. Максименко [154], А. Маслоу [168], К. Роджерс [243], А. Шевцов [355]). У сучасній світовій психологічній науці відбувається зміна вектора сприйняття особистості з обмеженнями життєдіяльності: від розгляду інвалідності як основної категорії наукового розгляду до аналізу самої особистості. Тобто в основі наукового розгляду постає не розлад, а специфіка підтримки та допомоги молоді з ПФОРА.

4. Принцип нормативності розвитку. Нормативність розвитку – це послідовність вікових стадій онтогенетичного розвитку. Відповідно до наукової концепції Л. Виготського, людина з обмеженнями життєдіяльності проходить ті самі стадії вікового розвитку, що і людина з типовим розвитком, проте іншим шляхом, застосовуючи специфічні функції. Поняття психічного віку науковець визначав як певний тип будови особистості і діяльності, що визначають свідомість людини, її взаємини з середовищем, весь хід розвитку в зазначений період [195; 247]. Оцінка відповідності рівня розвитку молоді з ПФОРА віковій

нормі визначає вектор психокорекційного впливу. Важливо виокремити поняття індивідуальної норми для кожної людини, яка бере участь у психокорекції.

5. Принцип каузальності полягає в тому, що психологічна корекція має бути сконцентрована на глибинних витоках відхилень психічного розвитку, а не на зовнішніх проявах цих відхилень. Зазначений принцип можна розглядати в двох напрямках: 1) урахування складної етіології (причини) і патогенезу порушень психофізичного розвитку молоді з ПФОРА [354]; 2) розуміння специфіки психічних феноменів як результату взаємодії та протидії сил в динамічному процесі. Динамічне походження феноменів має генетичну природу, оскільки розглядає не лише самі феномени, але й природу їх витоків (М. Кляйн, О. Феніхель, З. Фрейд та інші представники психоаналітичного напрямку [117; 296; 305]). Психічні явища розглядаються як процеси - аналізується їх розвиток, вдосконалення та регресія.

6. Принцип діяльності. Основним способом корекційного впливу є організація активної діяльності молоді з ПФОРА, під час реалізації якої створюються умови для орієнтування в складних життєвих ситуаціях, надається основа для позитивних особистісних змін. Корекційний вплив здійснюється в межах певної діяльності, є засобом скеровування активності особистості.

Відповідно до зазначеного принципу, на думку А. Осіпової, основним напрямком психокорекційної роботи є цілеспрямоване формування узагальнених способів орієнтування клієнта в різноманітних напрямках предметної діяльності, міжособистісної взаємодії та в соціальній ситуації розвитку. Корекційна робота представлена як тренування умінь та навиків, як цілісна усвідомлена діяльність, природно та органічно поєднана з системою буденного життя та взаємостосунків клієнтів [195].

Варто зазначити, що при наявних проблемних зонах, фіксаціях (З. Фрейд) на попередніх вікових стадіях розвитку молоді з ПФОРА можливе і застосування в корекційній роботі відповідних ранніх видів діяльності, а саме застосування ігрової терапії, арт-терапії, піскової терапії та інших. Також вибір техніки

психокорекційного впливу залежить від напрямку психокорекції або ж психотерапії, що вибрані психологом, психотерапевтом.

7. Системно-синергетичний принцип (А. Шевцов [356]) психокорекції. Зазначений принцип зумовлений необхідністю визначення системи, в якій здійснюється корекційна робота, розробки цілісної інтеграційної моделі з основними її компонентами, визначення функціональних зв'язків, умов функціонування у статичному і динамічному аспектах із врахуванням основних завдань психокорекційної роботи та синергетичного поєднання компонентів психокорекційної роботи та видів реабілітування [354].

Реалізація системно-синергетичного принципу в корекційній роботі забезпечить спрямованість на вироблення адаптивних стратегій психологічних механізмів для подолання соціальної дезадаптації у межах психологічного фактора соціальної адаптації в системі комплексного соціального реабілітування.

8. Психокорекційний принцип проектування і моделювання [154]. Принцип проектування спрямований на штучне створення адаптивних стратегій психологічних механізмів соціальної адаптації, яких у внутрішньому світі молоді з ПФОРА ще немає. Для здійснення зазначеного було сконструювано системно-функціональну модель психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА, емпірично визначено їх компонентний склад та специфіку розвитку в залежності від часу набуття ПФОРА і сконструювано модель практичної реалізації системи психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА з результативними змінами зазначених механізмів молоді з ПФОРА після застосування психокорекційних засобів у штучно створених умовах.

Метою системи психокорекції психологічних механізмів соціального адаптування молоді з ПФОРА є формування адаптивних стратегій психологічних механізмів соціальної адаптації, гармонізація компонентного складу Я-концепції особистості та підвищення рівня соціальної активності і самоактуалізації молоді з ПФОРА.

Відповідно до поставленої мети, визначені завдання системи психокорекції психологічних механізмів соціального адаптування молоді з ПФОРА:

1. За допомогою застосування спеціальних психокорекційних засобів (просвітницького та психокорекційного блоків) знизити рівень дезадаптивного прояву емоційно-афективного, поведінкового, пізнавального, комунікативного та мотиваційно-вольового психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА.

2. Формування адаптивних стратегій емоційно-афективного, поведінкового, пізнавального, комунікативного та мотиваційно-вольового психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА.

3. Застосування індивідуального консультування та психоаналічної психотерапії для особистісного розвитку та відновлення молоді з ПФОРА.

4. Стабілізації Я-концепції особистості молоді з ПФОРА внаслідок зниження рівня впливу такого компонента, як Я-фізичне.

5. За допомогою застосування групових форм психокорекції оптимізувати соціальну взаємодію, соціальну активність та соціальну адаптивність, у цілому, молоді з ПФОРА.

За результатами емпіричного дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, було встановлено, що у компонентній структурі психологічних механізмів суттєве місце займають дезадаптивні стратегії і, в цілому, наявні несприятливі тенденції зазначених механізмів, особливо у молоді з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату, зокрема ветеранів ООС. Зазначені особливості потребують психологічної корекції для гармонізації особистісних особливостей, зниження рівня прояву дезадаптивних стратегій психологічних механізмів соціальної адаптації досліджуваної молоді і підвищення соціальної адаптації в цілому, що і було виокремлено в завданні системи психокорекції.

Опорною структурою системи психокорекції психологічних механізмів соціального адаптування молоді з порушеннями функцій опорно-рухового

апарату була структурно-функціональна модель психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА І. Чухрій [402].

До компонентного складу системи психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА (Рисунок 5.1.) увійшли такі складові:

Засоби психокорекції психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. До засобів психокорекції увійшли такі функціональні блоки [90; 139; 157; 158; 217; 288; 292; 367; 377]:

1. Просвітницький блок. Психологічна просвіта – це долучення працівників центрів соціально-психологічної реабілітації, членів родин молоді з обмеженнями життєдіяльності, викладачів, які працюють у системі інклюзивної освіти, та самих молодих людей з обмеженнями життєдіяльності до психологічних знань. Просвітницька діяльність може здійснюватися під час участі молоді з обмеженнями життєдіяльності у:

- лекціях;
- навчальних семінарах для молоді з обмеженнями життєдіяльності;
- літніх таборів для молоді з обмеженнями життєдіяльності;
- прес-конференціях;
- програмах соціально-психологічного супроводу молоді з обмеженнями життєдіяльності;
- круглих столах та інших заходах [326].

Компоненти просвітницького блоку можуть формуватися відповідно до регіонального та державного запитів, з врахуванням потреб молоді з обмеженнями життєдіяльності та можливостей реалізовувати соціально-психологічні просвітницькі програми.

Лекції, доповіді, інформаційні повідомлення повинні містити актуальні відомості із застосуванням передового досвіду світової психологічної практики та результатів сучасних досліджень. Теми повинні розкривати проблеми, які є актуальними, з варіантами виходу з критичних ситуацій.

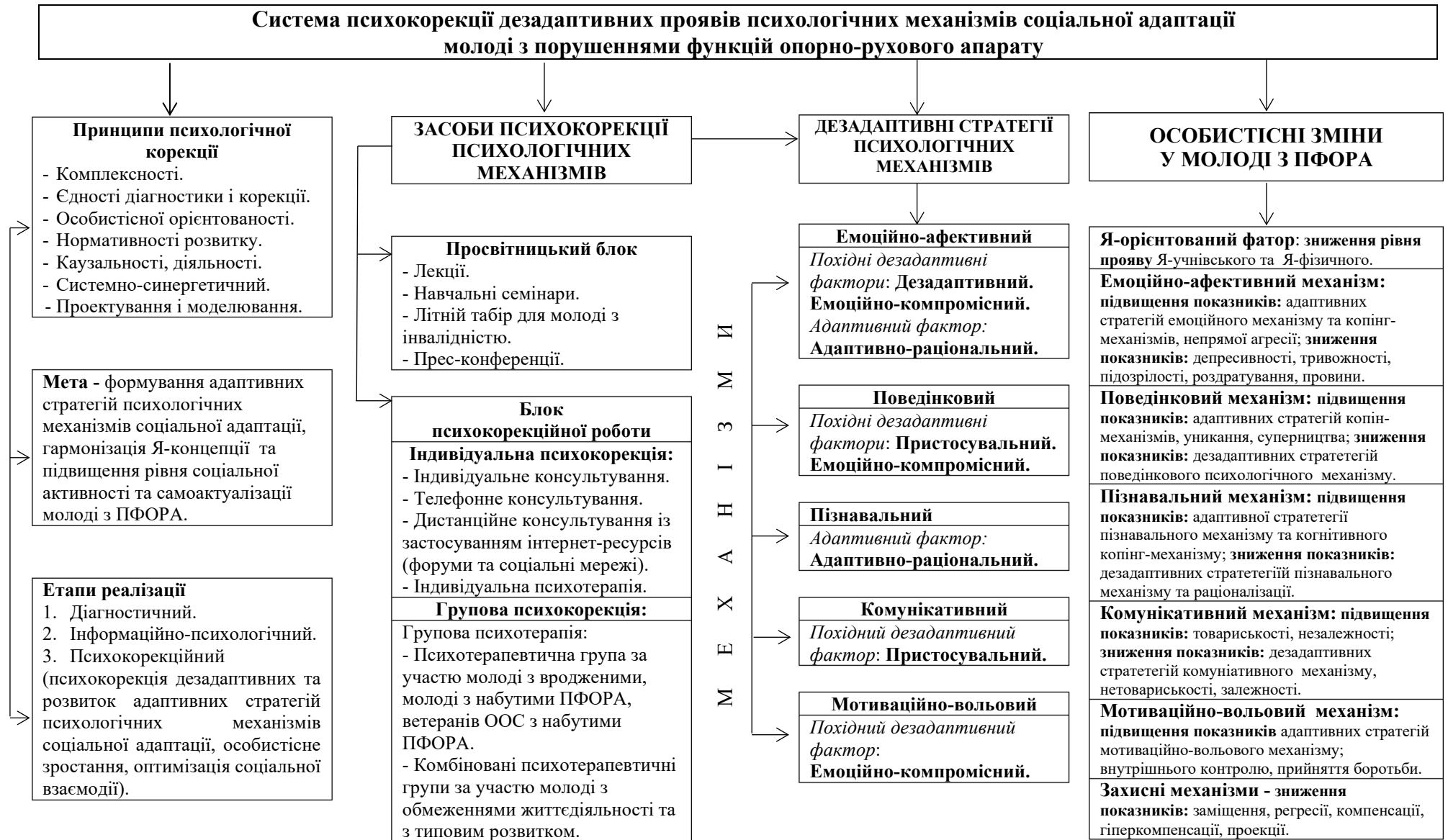


Рисунок 5.1. Модель практичної реалізації системи психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Орієнтовний перелік тем лекцій для молоді з ПФОРА:

1. Психологічний аспект проблеми дорослості.
2. Особливості планування особистого часу.
3. Трудова діяльність молоді з обмеженнями життєдіяльності: як забезпечити реалізацію можливостей та особистих прав.
4. Техніки пошуку роботи.
5. Планування завдань майбутнього.
6. Використання інтернет-ресурсів в отриманні психологічних послуг.
7. Психологія особистісного простору та особистісної безпеки.
8. Управління стресом. Технології зняття емоційної напруги.
9. Подолання наслідків бойової травми (переважно для ветеранів ООС з обмеженнями життєдіяльності).
10. Підходи до психосоціальної підтримки «Рівний-рівному».
11. Партнерство. Любов. Сексуальність.
12. Психологія жіночої сексуальності.
13. Психологія чоловічої сексуальності.
14. Комунікація та розвиток комунікативних здібностей.
15. Технології управління конфліктами та профілактика конфліктів.
16. Психологія ефективної взаємодії в команді.

До проведення навчальних семінарів потрібно залучати мультидисциплінарну команду спеціалістів, які б надавали актуальну інформацію з різних галузей: права, педагогіки, психології та інших.

Зазвичай, навчальні семінари складаються з проблемних ситуацій та кейсів, рольових ігор та дискусій, за допомогою яких молодь з ПФОРА набуває необхідних навиків та необхідних умінь і знань.

В останні роки популярними серед молоді стали літні табори для осіб з інвалідністю, під час проведення яких молодь з обмеженнями життєдіяльності має можливість відвідати ворк-шопи спеціалістів різних галузей. Ворк-шопи готують спеціалісти з права, психології, педагогіки, соціальної роботи, під час зазначених заходів є можливість двосторонньої взаємодії з учасниками, що

значно розширює можливість представлення актуальної науково-практичної інформації. Також молодь з ПФОРА має можливість брати участь у творчих майстернях із залученням спеціалістів з образотворчого мистецтва, музики, дизайну, флористики та інших. Психологічна складова, зазвичай, представляється в лекціях та психологічних тренінгах, що відповідають основній темі літнього табору (наприклад, заняття спрямовані на розвиток умінь структурувати власний час, набуття комунікативних навиків, умінь вирішувати конфліктні ситуації та інші). Цікавими для молоді з ПФОРА можуть бути воркшопи з арт-терапії, музикотерапії, тілесноорієнтованої терапії та взагалі знайомство з різними психотерапевтичними напрямками.

Програма соціально-психологічного супроводу молоді з обмеженнями життєдіяльності «Нові можливості працевлаштування» державної реабілітаційної установи «Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Поділля». Зазначена програма була спрямована на допомогу в пошуку роботи молоді з ПФОРА, допомогу адаптації до умов праці, адаптації до трудового колективу та розвитку професійної компетенції. До зазначеної програми були залучені чотири цільових аудиторії: роботодавці, молодь з обмеженнями життєдіяльності, робітничий колектив (із місць працевлаштування молоді з обмеженнями життєдіяльності) та родини молоді з обмеженнями життєдіяльності. До зазначеної програми були залучені фахівці з соціальної роботи, майстри з виробничого навчання, інструктори з трудової адаптації, психологи та юристи. Під час програми відбувалися заходи: адаптація робочого місця, адаптація середовища (трансфер та інше), соціально-психологічний супровід фахівцем-наставником, психологічна підтримка молоді-учасників програми та інші.

Психологічний супровід у межах зазначеної програми має такі напрямки: адаптація молоді з обмеженнями життєдіяльності до нових умов праці, адаптація до трудового колективу та розвиток особистісної готовності до праці.

В останні роки в Україні набувають популярності кіноклуби, творчі майстерні, клуби читачів та прихильників мистецтва за активною участю молоді

з обмеженнями життєдіяльності. Участь у зазначених заходах не лише знайомить молодь з творами сучасного мистецтва, але й надає можливість висловлюватися, формувати власну мистецьку думку та безпосередньо знайомитися з однолітками.

Участь у прес-конференціях необхідна складова розвитку громадянської позиції молоді з ПФОРА та можливість донести до широкого кола соціального середовища можливості та перешкоди на шляху до реалізації зазначених можливостей молоді. Під час зазначених заходів можуть підніматися важливі соціальні проблеми не лише осіб з обмеженнями життєдіяльності, але й усього населення країни. Важливо, щоб молодь з обмеженнями життєдіяльності займала активну соціально-політичну позицію і долучалася до регіональних соціальних інновацій.

2. Блок психокорекційної роботи. Основні завдання блоку психокорекційної роботи здійснити цілеспрямований психологічний вплив на особистісну сферу молоді з обмеженнями життєдіяльності, зокрема і на їх психологічні механізми соціальної адаптації. До складу психокорекційного блоку розробленої автором моделі увійшли [326]:

Психологічне консультування. Основне завдання психологічного консультування молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату – розв’язати проблеми, що виникають у їхньому повсякденному житті. Переважно розглядаються проблеми сьогодення з прогнозуванням майбутнього. У запропонованій автором психокорекційній програмі виокремлені такі види психологічної роботи:

- індивідуальне консультування;
- телефонне консультування;
- дистанційне консультування із застосуванням інтернет ресурсів (форуми, соціальні мережі, Skype-консультування) [46; 326].

Індивідуальна психотерапія. Психотерапевтична допомога поступово починає посідати провідне місце в Україні. Кризові соціальні зміни, зокрема наявність військових дій на території держави, збільшення кількості молоді з

обмеженнями життєдіяльності, вимушені переселення та трудова міграція потребують більш глибоких методів психологічної допомоги. Значна частина фахівців з галузі психології вивчають методіку надання психотерапевтичної допомоги і активно застосовують набуті знання у своїй практичній діяльності. Завдання психотерапевтичної роботи у процесі розвитку психотерапії формувалися по-різному, в залежності від напрямку психотерапії. З позиції психоаналізу (Х. Кохут, О.Феніхель, З. Фрейд, К. Юнг [118; 296; 305; 373; 374] та інші представники напрямку), психотерапія розглядалася як звільнення від невротичних симптомів, обмежень аномалій характеру, зменшення особистісного страждання, сприяння процесу індивідуалізації, розвитку і становленню самості та інших прогнозів. Головною метою клієнт-центрованого напрямку (К. Роджерс [242]) є досягнення самоактуалізації, повного особистісного функціонування за допомогою безумовного прийняття клієнта. Психодраматичний напрямок (Я. Морено [178]): мета психотерапії – зменшення збільшеної рольової дистанції, що призводить до неврозу креативності та відновлення творчих здібностей і спонтанного виявлення. Представники когнітивно-поведінкової психотерапії (А. Бек [382]) психотерапевтичними засобами впливали на зміну «когнітивних викривлень», особистісних когнітивних схем, що викликали виникнення розладу.

Групова психотерапія. Останнім часом в Україні все більшої популярності набуває робота психотерапевтичних груп [49; 109; 110]. Мета та задачі створення таких груп дуже різноманітні. У більшості випадків вони визначаються тими соціальними проблемами, що існують у нашому суспільстві.

Наразі у вітчизняній психотерапії і спеціальній психології піднімається проблема психологічної та психотерапевтичної допомоги молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Особливої уваги заслуговує психологічна та психотерапевтична допомога ветеранам ООС, зокрема тим, які внаслідок участі у війні набули обмеження життєдіяльності. Важливість описаних проблем полягає в тому, що надання психотерапевтичної допомоги молоді з обмеженнями життєдіяльності – це нова не лише українська, але й світова практика. У науковій

психотерапевтичній у літературі детально описана психотерапевтична робота з особами, які мають порушення ментального здоров'я, проте про психотерапевтичну допомогу особам з ПФОРА відомо небагато. Варто зауважити, що в країнах Європи все більшої популярності набувають психотерапевтичні групи, участь у яких беруть учасники з різним рівнем здоров'я та різними обмеженнями життєдіяльності (переважно з різними порушеннями психічного здоров'я). У запропонованій автором психокорекційній програмі, як завершальний етап психокорекційного впливу пропонується впровадження психотерапевтичних груп за участю молоді з обмеженнями життєдіяльності та з типовим розвитком. Зазначені групи переважно функціонують за участю студентської молоді. У представленій психокорекційній програмі пропонується проводити такі види психотерапевтичних груп:

- психотерапевтична група за участю молоді з вродженими ПФОРА;
- психотерапевтична група за участю молоді з набутими ПФОРА;
- психотерапевтична група за участю ветеранів ООС з набутими ПФОРА;
- психотерапевтичні групи за участю молоді з обмеженнями життєдіяльності та з типовим розвитком [326].

Фахівець, який здійснює психокорекційну діяльність, повинен мати не лише освіту, що дозволила б йому здійснювати психокорекційну діяльність, але й певний перелік професійно значущих навиків та особистісних особливостей [36; 45; 46].

Р. Кочюнас у своїх наукових працях, за результатами аналізу діяльності провідних спеціалістів з групового та індивідуального консультування та психотерапії виокремив вимоги до особистості консультанта, серед них: інтерес до людей та терплячість у спілкуванні з ними; чуттєвість до переконань та поведінки інших людей, емоційна стабільність та ефективність, довіра до людей, здатність викликати довіру в оточуючих, повага до прав оточуючих, повага до

цінностей іншої особистості, відсутність упередження, саморозуміння, усвідомлення професійного обов'язку [132].

До компонентного складу моделі особистості ефективного консультанта Р.Кочюнас включив наступні особистісні якості:

- автентичність, що, на думку науковця, характеризується усвідомленням сьогодення, вибором способу життя та прийняттям відповідальності за власний вибір, щирістю та відкритістю;

- щирість у сприйнятті власного досвіду, що виявляється у щирому сприйнятті власних почуттів та переживань;

- розвиток самопізнання, чим краще консультант розуміється на власних переживаннях, прагненнях та мотивації, тим краще він зрозуміє особистість іншого, важливою якістю є здатність адекватно сприймати власні здібності та життя в цілому;

- сила особистості та ідентичності виражається в усвідомленні консультантом власних особливостей, у тому, чого він прагне від життя, у тому, що в психокорекційній роботі і в реальному житті консультант не повинен бути відображенням сподівань оточуючих, він повинен керуватися власною особистісною позицією;

- толерантність до невизначеності, що характеризується впевненістю у власній інтуїції, адекватності почуттів, переконань та прийнятті рішень під час зустрічі з невідомим світом клієнта;

- прийняття особистісної відповідальності – усвідомлення відповідальності за консультативний процес надає впевненості під час погодження або конструктивного протистояння судженням клієнта, саме особистісна відповідальність надає можливість конструктивно сприймати критику;

- планування реальної мети консультативного процесу – ефективний консультант повинен зважати на обмеження власних можливостей і планувати завдання, які може реально здійснити;

- емпатія – здатність консультанта не лише співпереживати, але й розуміти клієнта, ця афективно-когнітивна навичка дозволяє не лише ідентифікувати почуття клієнта, але й встановити події, які викликають відповідні почуття [36; 132; с. 21-47].

Для ефективною груповою психокорекції фахівець-психолог, психотерапевт повинен виконувати ряд вимог (А. Осіпова): мати чітке уявлення про тип групи, її завдання та мету; повідомляти учасникам групи про правила участі в групі; завдання пропонувані у груповій роботі повинні відповідати можливостям учасників; бути чуттєвим до будь-якої форми групового тиску, спроб зазіхнути на гідність окремої людини та блокувати їх; бути компетентним у своїх діях і логічно обмірковувати їх та інтерпретувати під час групового процесу; створювати унікальний стиль роботи з групою на підґрунті власного досвіду та теоретико-методологічної концепції психокорекційного напрямку; не користуватися можливістю ідеалізації власної персони з боку учасників групи; підкреслювати важливість принципу конфіденційності; необхідно спланувати індивідуальну роботу з тими учасниками групи, які потребують її після завершення групової роботи [195, с.333].

Під час психологічної роботи з молоддю з вродженими, набутими, набутими внаслідок участі в ООС ПФОРА важливе місце посідає психогігієна професіоналів-психологів, які надаватимуть допомогу.

Психогігієна професіоналів психологів – це система заходів, спрямованих на збереження і зміцнення психічного здоров'я з метою забезпечення гармонійного психічного і духовного розвитку особистості.

Основні психогігієнічні вимоги до фахівців, які надають психологічну допомогу, можна представити таким чином:

1. Здоровий спосіб життя. Людина, яка здійснює психологічну допомогу несе відповідальність не лише за психічний та психологічний стан клієнта, але й за своє власне психічне здоров'я. Професіонал зможе надавати якісну психологічну допомогу, якщо буде вести здоровий спосіб життя, а це, в першу чергу, стосується таких аспектів життєдіяльності, як харчування, рух та фізичні

навантаження, відпочинок, праця, психічне та фізичне розвантаження, попередження інфікування, відповідні умови життя, спілкування та інше.

2. Психолог працює відповідно до свого екзистенційного віку та поважає свої обмеження. Хибне уявлення, що професіонал може працювати з усіма віковими категоріями та з різною проблематикою клієнтів. Важливо розуміти свої обмеження, починати психологічну роботу з проблематикою, яку психолог зможе «контенувати», тобто витримувати весь натиск емоційних переживань. Хоча ніхто не застрахований від сильного душевного болю, особливо тому, що військові дії на території України переживаються всім її населенням.

3. Профілактика ризику професійного вигорання. Під час роботи з молоддю з вродженими, набутими в молодості та набутими під час ООС порушеннями функцій ОРА психолог працюватиме з їх травматичним досвідом. Важливо вчасно зрозуміти симптоми професійного вигорання та звернутися за допомогою. Серед найбільш поширених симптомів:

1) фізичні: втома, порушення сну, виснаження, зміна ваги, поганий стан здоров'я (захворювання шкіри, серця, утруднення дихання, запаморочення, надмірна пітливість, підвищення артеріального тиску та інші);

2) емоційні симптоми: нестача емоцій, песимізм, цинізм, байдужість, відчуття безпорадності, агресивність, тривога, дратівливість та інші;

3) поведінкові симптоми: втома під час роботи, байдужість до їжі, мале фізичне навантаження, виправдання вживання тютюну та алкоголю, нещасні випадки (падіння, травми) та інші;

4) інтелектуальний стан: знижений інтерес до нових теорій, ідей у роботі;

5) соціальні симптоми: низька соціальна активність, зниження інтересу до дозвілля, соціальні контакти обмежуються роботою, відчуття нестачі підтримки рідними, друзями, колегами.

3. Розвантаження та ресурси. Засоби розвантаження: дихальні вправи, м'язове розвантаження, малювання, смачна їжа, повноцінний сон, перебування на природі, споглядання пейзажів, спілкування з тваринами, водні процедури,

спорт, танці, прогулянки, музика, співи, театр, посмішка та гумор, спілкування з друзями, роздуми про приємні речі.

Важливою умовою ефективної психокорекції є постійне супервізування кейсів практичної роботи. Супервізія – це ефективна форма підвищення кваліфікації психолога-консультанта, психотерапевта. Існують такі її види: індивідуальна, групова супервізія, а також інтервізія – вид групової супервізія, де суб'єктом аналізу виступають самі учасники групи – щось на зразок «груп рівних».

Супервізія є обов'язковою ланкою професійної підготовки консультантів та психотерапевтів відповідно до європейських стандартів. Під час супервізійних занять робиться наголос не лише на методичному боці практичного випадку, не лише на професійних навичках консультанта, а й на його особистісних ускладненнях, на особливостях взаємостосунків між психологом та клієнтом.

Психологічна, психотерапевтична робота під спостереженням супервізора дозволяє привернути увагу до ригідних способів вирішення цілого ряду проблем спеціалістів, спрогнозувати тактику поведінки в деяких унікальних ситуаціях психокорекційного та психотерапевтичного процесу [200].

Описані засоби психокорекції психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА спрямовані на корекцію дезадаптивних та формування адаптивних стратегій зазначених механізмів. Враховуючи результати констатувального етапу дослідження, було виділено наступні дезадаптивні стратегії зазначених механізмів:

Дезадаптивні стратегії емоційно-афективного психологічного механізму соціальної адаптації молоді з ПФОРА представлені показниками дезадаптивного прояву емоційного копінг-механізму, негативно-емоційними особистісними характеристиками, такими як реактивна та особистісна тривожність, соціальна тривожність, депресивність та агресивність (переживання фізичної, непрямой, вербальної агресії, негативізму, образливості, підозрливості та провини) з поєднанням переживання емоційного дискомфорту. Враховуючи, що саме

дезадаптивні стратегії зазначеного механізму мають найбільший рівень прояву у молоді з ПФОРА та їх вплив на всі досліджувані психологічні механізми, важливо при застосуванні психокорекційних засобів відводити належне місце внутрішнім негативним переживанням молоді з обмеженнями життєдіяльності, розібратися з природою їх виникнення, відвести належну увагу дослідженню афектів у психотерапевтичному процесі та психічній травмі як джерелу появи емоційних розладів зокрема.

Деадаптивні стратегії поведінкового психологічного механізму представлені у деадаптивному вияві показників поведінкового копінг-механізму, нетовариськості, залежності, уникання, суперництва (для молоді з набутими ПФОРА), пристосування. Тобто деадаптивні прояви зазначеного механізму представлені у поведінці переважно уникаючого характеру, відмові від активної взаємодії з оточуючими, молоді з ПФОРА притаманні пасивність, усамітнення та ізоляція.

Пізнавальний психологічний механізм у своєму деадаптивному вияві представлений показниками за шкалами: деадаптивні стратегії когнітивних копінг-механізмів, ескапізм, внутрішній контроль (були виявлені надмірно високі показники внутрішнього контролю, що вказує на його деадаптивний прояв) та механізм психологічного захисту – раціоналізацію. Зазначене вказує на зневіру у власному інтелектуальному потенціалі, невідповідне сприйняття реальної життєвої ситуації, а відповідно, недостатню критичність.

Деадаптивні стратегії комунікативного психологічного механізму представлені у показниках за шкалами неприйняття інших, нетовариськості, залежності, уникання, пристосування. Відповідно, деадаптивність молоді з ПФОРА на комунікативному рівні проявляється у переважанні неадекватних та конфліктних форм спілкування, що призводять не лише до соціальної ізоляції, але й до внутрішньоособистісних та міжгрупових конфліктів. Варто зазначити, що застосовані у емпіричному дослідженні особливості комунікативного психологічного механізму шкали психодіагностичних опитувальників були схожі з дослідженням особливостей поведінкового механізму, оскільки

інтерпретація таких шкал, як залежність, незалежність, товариськість, нетовариськість, прийняття боротьби, уникання боротьби (дослідження тенденцій у реальній групі та уявлень про себе за методикою Q-сортування В.Стефансона) та суперництво, співпраця, компроміс, уникання, пристосування (дослідження схильності до конфліктної поведінки за методикою К. Томаса (адаптації Н. Гришиної)) містять у своїй інтерпретації як поведінкові, так і комунікативні характеристики.

Деадаптивні стратегії мотиваційно-вольового психологічного механізму соціальної адаптації молоді з ПФОРА виявлені у внутрішньому контролі, зовнішньому контролі та нерийнятті боротьби. Оскільки показники за шкалою внутрішнього контролю надмірно високі, ми можемо розглядати їх, як прояви деадаптованості і, відповідно до загальної тенденції описаних психологічних механізмів, – уникання, бажання контролювати себе, свої думки і дії може мати obsесивно-імпульсивний характер, перешкоджати конструктивній мотивації та досягненню реальних цілей.

За результатами емпіричного дослідження при відстежуванні рівня адаптації виокремлено п'ятифакторну структуру молоді з ПФОРА, до якої увійшли:

«Я-орієнтований» фактор, що визначений як позитивно спрямований, до компонентного складу якого увійшли показники структурних компонентів Я-концепції молоді з ПФОРА - Я-сімейне, Я-професійне та Я-фізичне. Варто зазначити, що враховуючи особливості факторної структури молоді з типовим розвитком, до компонентного складу якої увійшли: Я-психічне, Я-професійне та Я-сімейне, необхідно при застосуванні психокорекційних засобів враховувати важливість розвитку зазначених компонентів.

«Деадаптивний» фактор виявлений при відстежуванні взаємозв'язку деадаптивності та складових деадаптивних стратегій емоційно-афективного психологічного механізму соціальної адаптації молоді з ПФОРА. Оскільки зазначений фактор значущий у своєму вираженні, то, відповідно до теоретичного

аналізу, важливо спрямовувати психокорекційний вплив на розвиток адаптивних стратегій зазначеного психологічного механізму.

«Адаптивно-раціональний» фактор є адаптивно спрямованим, оскільки за допомогою раціоналізації та компенсації знижуються показники особистісної тривожності та фрустрованості у молоді з ПФОРА, проте адаптація із застосуванням механізмів психологічного захисту також має компенсаторний характер і потребує психокорекції. «Адаптивно-раціональний» фактор похідний із дезадаптивних стратегій емоційно-афективного, пізнавального психологічних механізмів.

«Пристосувальний» фактор має дезадаптивну спрямованість та виявляється у пригніченні прагнення до суперництва з оточуючими. Зазначений фактор похідний від дезадаптивних стратегій поведінкового та комунікативного психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА і так само, як уже зазначені фактори, потребує спрямування на нього психокорекційного впливу.

«Емоційно-компромісний» фактор вміщує неадаптивні копінг-стратегії емоційного механізму у поєднанні з бажанням компромісу та співпраці. Зазначений фактор негативно спрямований і похідний від дезадаптивних стратегій емоційно-афективного, поведінкового та мотиваційно-вольового психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА, що також потребує психокорекції.

Основним завданням психокорекційної системи є формування адаптивних стратегій психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА, що характеризуються: адаптивні стратегії поведінкового механізму – поведінкою особистості, під час якої вона співпрацює з досвідченими людьми, шукає підтримку в найближчому соціальному середовищі або ж сама пропонує її оточуючим у долатті труднощів, компромісом та співпрацею, прийняттям «боротьби»; адаптивні стратегії пізнавального механізму - формами поведінки, спрямованими на аналіз труднощів, що виникають, та можливі шляхи їх подолання, навічанням та здобуттям адаптаційного індивідуального

досвіду, підвищенням самооцінки та самоконтролю, усвідомленням власної цінності як особистості, вірою у власні ресурси долаття складних ситуацій, вмінням та стратегіями розв'язування психологічних задач, пов'язаних з соціальною адаптацією, пізнанням своєї активності у контексті психосоціальної активності оточуючих; адаптивні стратегії емоційно-афективного механізму – емоційним станом з активним протестом по відношенню до труднощів та впевненістю в існуванні вирішення будь-якої, навіть складної, ситуації; адаптивні стратегії комунікативного механізму – стратегіями, формами та методами комунікації, що призводять до соціальної адаптації; адаптивні стратегії мотиваційно-вольового механізму – внутрішньо-мотиваційними стратегіями та контролюючо-вольовими якостями, які призводять до соціальної адаптації.

Прогнозовано, що залучення молоді з ПФОРА до системи психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації призведе до таких особистісних змін молоді з ПФОРА:

«Я-орієнтований фактор» молоді з ПФОРА - гармонізація Я-концепції молоді з ПФОРА внаслідок зниження рівня прояву Я-учнівського та Я-фізичного.

Емоційно-афективний психологічний механізм соціальної адаптації молоді з ПФОРА – підвищення показників адаптивних стратегій емоційного механізму та копінг-механізмів; зниження показників депресивності, тривожності, підозрілості, роздратування, провини.

Поведінковий психологічний механізм соціальної адаптації молоді з ПФОРА – підвищення показників адаптивних стратегій копінг-механізмів, уникання, суперництва; зниження показників дезадаптивних стратегій поведінкового психологічного механізму.

Пізнавальний психологічний механізм соціальної адаптації молоді з ПФОРА – підвищення показників адаптивних стратегій пізнавального механізму та когнітивного копінг-механізму; зниження показників дезадаптивних стратегій пізнавального механізму та раціоналізації.

Комунікативний психологічний механізм соціальної адаптації молоді з ПФОРА – підвищення показників товарищескості, незалежності; зниження показників дезадаптивних стратегій комунікативного механізму, нетоварищескості, залежності.

Мотиваційно-вольовий психологічний механізм соціальної адаптації молоді з ПФОРА – підвищення показників адаптивних стратегій мотиваційно-вольового механізму, внутрішнього контролю, прийняття боротьби.

Спрогнозовано психокорекційний вплив на захисні психологічні механізми, зокрема заміщення, регресію, компенсацію, гіперкомпенсацію, проєкцію та раціоналізацію.

Апробація запропонованої психокорекційної системи відбувалася на базах: Вінницького соціально-економічного інституту Відкритого міжнародного університету розвитку людини Україна, Вінницького міського центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Гармонія», Вінницького міжрегіонального центру професійної реабілітації інвалідів «Поділля», Вінницького обласного клінічного госпіталю ветеранів війни; ГО «ВА Асоціація ветеранів, інвалідів війни та волонтерів АТО».

Участь у запропонованій системі психокорекції взяла молодь з вродженими порушеннями функцій опорно-рухового апарату, з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату і ветерани ООС з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Загальна кількість молоді з ПФОРА, які брали участь у психокорекційній програмі, 40 осіб. Для встановлення достовірності психокорекційної програми, а саме виключення вірогідності вікових динамічних змін, експериментальне дослідження проводилося з 38 молодими людьми з ПФОРА, які не брали участі у зазначеній програмі. Була розроблена Організаційна модель практичної реалізації системи психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату (Рисунок 5.2.).

Етапи реалізації психокорекційної системи були розроблені відповідно до представлених у роботі методологічних підходів та принципів:

Перший етап – діагностичний, проводився з жовтня по листопад 2016 року. Під час зазначеного етапу було проведено психодіагностичне дослідження особливостей психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА з урахуванням особливостей компонентного складу Я-концепції та соціально-психологічної адаптації особистості за методами експериментального дослідження представлених в констатувальному дослідженні.

Етапи практичної реалізації системи психокорекції						
Дата проведення психокорекційної роботи	Засоби психокорекції					
	Попереднє експерим. дослідження	Теоретичний семінар (лекції, практичні заняття)	Групова психотерапевтична робота	Індивідуальне консультування	Дистанційне консультування, телефонне консультування	Дослідження після психокорекційної роботи
1. Діагностичний етап						
27.10.16-28.11.16	Експер. дослідження молоді з ПФОРА до психокор. програми					
2. Інформаційно-психологічний етап						
27-28 жовтня 2016р.		Всеукраїнський навчальний семінар «Техніки пошуку роботи».				
30-31 жовтня – 1-2 листопада 2017р.		Тренінгова програма: «Інклюзивна освіта: практикум комунікативної компетенції».				
07 квітня 2017р.		Прес-конференція до Всесвітнього дня здоров'я: «Депресія: давайте поговоримо».				
18 травня 2017р.		Курс лекцій «Психологія людини з обмеженнями життєдіяльності».				
02 лютого 2018р.		Курс лекцій «Психологічна допомога учасникам операції об'єднаних сил при переживанні психічної травми».				

Продовження рисунка 5.2

Етапи практичної реалізації системи психокорекції						
Дата проведення психокорекційної роботи	Засоби психокорекції					
	Попереднє експерим. дослідження	Теоретичний семінар (лекції, практичні заняття)	Групова психотерапевтична робота	Індивідуальне консультування	Дистанційне консультування, телефонне консультування	Дослідження після психокорекційної роботи
12.04.2018р.-12.10.18		Програма соціально-психологічного супроводу молоді з обмеженнями життєдіяльності «Нові можливості працевлаштування».				
02-09 червня 2018р.		Літній табір для осіб з інвалідністю.				
3. Психокорекційний етап						
18.09.17-23.08.18р. (щотижнева група по четвергах)			Проведення психотерапевтичної групи за участю молоді з вродженими ПФОРА	Індивідуальні консультації. Індивідуальна психотерапія.	Телефонне консультування та Скайп-консультування.	
20.10.17-10.10.18р. (щотижнева група по п'ятниця)			Проведення психотерапевтичної групи за участю молоді з набутими ПФОРА.	Індивідуальні консультації. Індивідуальна психотерапія.	Телефонне консультування.	
Травень-вересень 2018р.				Індивідуальні консультації ветеранів з ПФОРА. Індивідуальна психотерапія ветеранів з ПФОРА.	Телефонне консультування.	
4. Етап оцінки ефективності системи психокорекції						
Жовтень 2018р.						Експериментальне дослідження після психокорекції.
5. Прогностичний етап						
Листопад 2018р.				Підсумкова рефлексія.	Підсумкова рефлексія.	

Рисунок 5.2. Організаційна модель практичної реалізації системи психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної

адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

У межах зазначеного етапу було проведено серію первинних інтерв'ю з учасниками системи психокорекції, які в подальшому брали участь у заходах індивідуальної та групової психокорекції.

Другий етап – інформаційно-психологічний. Після проведеного експериментального дослідження учасники психокорекційної роботи були залучені до заходів, описаних у просвітницькому блоці психокорекційної програми, що були проведені з 27 жовтня 2016 року по 09 червня 2018 року.

Третій – психокорекційний етап проводився з вересня 2017 року по вересень 2018 року. В межах зазначеного етапу здійснювалися заходи представлені в блоці психокорекційної роботи, системи психокорекції спрямовані на психокорекцію дезадаптивних та розвиток адаптивних стратегій психологічних механізмів соціальної адаптації, особистісне зростання та оптимізацію соціальної взаємодії молоді з ПФОРА. Під час проведення зазначеного етапу проводилися психотерапевтичні групи (40 сесій) за участю молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, індивідуальні та Скайп-консультації.

Четвертий - етап оцінки ефективності системи психокорекції проходив у жовтні 2018 року. Для перевірки ефективності психокорекційної програми було проведено повторне експериментальне дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

П'ятий прогностичний етап проводився в листопаді 2018 року. На зазначеному етапі була проведена підсумкова рефлексія, метою якої було узагальнення та осмислення набутих під час психокорекційної роботи навиків.

Таким чином, ґрунтуючись на результатах емпіричного дослідження та визначення методологічного підґрунтя психокорекційної роботи з молоддю з обмеженнями життєдіяльності було розроблено систему психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА та модель її реалізації. Метою зазначеної системи було формування

адаптивних стратегій психологічних механізмів соціальної адаптації, гармонізація компонентів Я-концепції та підвищення рівня соціальної активності та самоактуалізації молоді з ПФОРА.

Втілення системи передбачало дотримання загальнодидактичних і спеціальних принципів: комплексності, єдності діагностики та корекції, особистісно-орієнтованого, нормативності розвитку, діяльнісного, системно-синергетичного та проектування і моделювання.

Виокремлені завдання психологічної корекції, відповідно до яких було здійснено психокорекційний вплив із застосуванням засобів психокорекції (виокремлено просвітницький блок та блок психокорекційної роботи) на дезадаптивні стратегії психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА, що спрогнозовано призводить до особистісних змін молоді з ПФОРА (гармонізації Я-концепції, врівноваження дезадаптивних та вироблення адаптивних стратегій психологічних механізмів соціальної адаптації, зниження рівня прояву механізмів психологічного захисту та формування достатнього рівня соціальної активності та самоактуалізації).

5.2. Психокорекційна програма соціально-психологічної дезадаптованості молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Практичне застосування психокорекції відбувається у двох формах: індивідуальній та груповій. У випадку індивідуальної психокорекції психолог працює з клієнтом один на один за відсутності сторонніх людей. Під час групової психокорекції психолог працює з групою клієнтів, які в психокорекційному процесі взаємодіють не лише з психологом, але й один з одним [46; 195, с.267].

Основні завдання системи психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА, – до компонентного складу якої належить психокорекційна програма із застосуванням індивідуальної та групової психокорекції, це зниження рівня прояву дезадаптивних стратегій психологічних механізмів соціальної адаптації

молоді з ПФОРА; формування адаптивних стратегій психологічних механізмів соціальної адаптації; стабілізація Я-концепції; оптимізування соціальної взаємодії, соціальної активності та соціальної адаптованості реалізуються психокорекційними засобами, що фокусуються на трьох складових самосвідомості: саморозуміння (пізнавальний психологічний механізм), ставлення до себе (емоційно-афективний механізм), саморегуляція (поведінковий, комунікативний та мотиваційно-вольовий психологічні механізми).

Враховуючи специфіку індивідуальної психокорекції [195], виокремлено завдання на рівні впливу на психологічні механізми соціальної адаптації молоді з ПФОРА:

Емоційно-афективний психологічний механізм: набуття емоційної підтримки від психолога, що допоможе послабити дію захисних механізмів; навчитися розуміти та вербалізувати свої почуття; переживати більш відверті почуття до самого себе; розкрити власні проблеми у співвідношенні з власними переживаннями; модифікувати способи переживання, емоційного реагування.

Поведінковий психологічний механізм: навчитися корегувати власні неадекватні реакції та оволодіти новими формами поведінки.

Пізнавальний психологічний механізм: усвідомлення особливостей своєї поведінки, емоційних і поведінкових реакцій; усвідомлення неконструктивності ряду своїх стосунків та ставлень і поведінкових стереотипів; усвідомлення взаємозв'язку між різноманітними психогенними факторами та соматичними розладами; усвідомлення глибинних причин власних переживань та способів реагування, а також умов формування власної системи стосунків.

Комунікативний психологічний механізм: вироблення ефективних комунікативних стратегій; навчитися вербалізувати власні переживання; навчитися відкрито, без страху висловлюватися.

Мотиваційно-вольовий психологічний механізм: усвідомлення мотивів своєї поведінки; усвідомлення ступеня власної відповідальності у випадках конфліктних та психотравматичних ситуацій.

Завдання групової психокорекції молоді з ПФОРА представлені таким чином [195]:

Емоційно-афективний психологічний механізм: отримати емоційну підтримку від групи та психолога, що призведе до переживання власної цінності, послаблення захисних механізмів, збільшення щирості, активності та спонтанності; пережити в груповому процесі почуття з реального життя учасника групи, відтворити емоційно-складні життєві ситуації, за допомогою групи відреагувати складні емоції та виробити оптимальну стратегію переживання; пережити неадекватність деяких власних переживань; навчитися більш чіткого розуміння та вербалізування власних переживань; стати вільним у вираженні власних переживань; розкрити власні проблеми у співвідношенні з супутніми переживаннями; провести емоційну корекцію власних ставлень; модифікувати способи переживань, емоційного реагування.

Поведінковий психологічний механізм: звернути увагу на власні неадекватні поведінкові стереотипи; подолати неадекватні форми поведінки, що виявилися в груповій роботі, у тому числі пов'язані з униканням складних ситуацій; розвивати форми поведінки із застосуванням стратегії співробітництва, самостійності та відповідальності; закріпити адаптивні форми поведінки.

Пізнавальний психологічний механізм: усвідомлення зв'язку між психогенними факторами та виникненням власних проблем; усвідомлення ситуацій, що виникають у груповому процесі, як таких, які викликають тривогу, страх та інші негативні емоції; усвідомлення зв'язку між негативними емоціями та появою або посиленням різних видів порушень; усвідомлення власної поведінки та емоційного реагування.

Комунікативний психологічний механізм: усвідомлення особливостей міжособистісної взаємодії, спілкування, причин конфліктних ситуацій; набути навиків більш щирого, глибшого, вільного спілкування.

Мотиваційно-вольовий психологічний механізм: усвідомлення власних мотивів, потреб, прагнень, ставлення до себе, установок, ступеня адекватності, реалістичності та конструктивності.

Виокремлюючи психокорекційні засоби, варто розрізнити поняття консультування та психотерапії.

Консультування – це сукупність процедур, спрямованих на допомогу людині у вирішенні проблем та прийнятті рішень стосовно професійної кар'єри, шлюбу, сім'ї, розвитку особистості та міжособистісних стосунків; - це професійне ставлення професійного консультанта до клієнта, яке, зазвичай, представлене як «особистість-особистість», іноді в ньому бере участь більше двох людей (Р. Кочюнас [132]).

К. Гелсо, Б. Фредз виокремили специфічні риси психологічного консультування, що відрізняють його від психотерапії: консультування орієнтоване на клінічно здорову особистість, на людей, які мають у повсякденному житті психологічні складності, скарги невротичного характеру, а також люди, які ставлять собі завдання особистісного розвитку; консультування орієнтоване на здорові частини особистості незалежно від ступеня їх порушення, людина може змінюватися, вибирати своє життя, знаходити способи застосування своїх задатків, навіть якщо вони незначні внаслідок неадекватних установок та почуттів, сповільненого дозрівання, культурної депривації, недостатності фінансів, хвороби, набуття інвалідності, похилого віку; консультування, зазвичай, орієнтується на теперішній та майбутній час; психотерапія, особливо глибинні напрямки, зорієнтована на особливості розвитку людини – минулий час; консультування орієнтується на короткотривалу допомогу – до 15 зустрічей; консультування орієнтується на проблеми, що виникають у взаємодії особистості та середовища; в консультуванні акцентується увага на ціннісній участі консультанта з дотриманням принципу ненав'язування цінностей клієнту; консультування спрямоване на зміну поведінки та розвиток особистості клієнта [384].

Психотерапія – галузь психології, що вивчає механізми, способи і прийоми професійного надання психологічної допомоги з метою розв’язання проблем, звільнення від психосоматичних симптомів або актуалізації резервів особистісного зростання (Н. Каліна [107]).

Відповідно до наукових робіт Л. Бурлачука, Н. Каліної, А. Кочаряна, М. Жидко, за спрямованістю психотерапію поділяють на медичну (клінічно орієнтовану) і немедичну (особистісно спрямовану), а професійним суб’єктом є лікар або психолог [42; 107; 231]. За формою психотерапевтичного процесу виокремлюються групова (робота з кількома особами) та індивідуальна (сеанси з одним клієнтом), довгострокова (від кількох місяців до кількох років) та короткочасна (кілька сеансів, зазначений вид психотерапії зазначається як короткофокусна психотерапія) психотерапія [107, с. 9].

При проведенні психологічного консультування молоді з ПФОРА необхідно дотримуватися структури консультативного процесу, що відповідно до наукових робіт Р. Кочюнаса, К. Гелсо, Б. Фредза, представлена у такому вигляді [132; 384]:

1. Дослідження проблем – консультант встановлює контакт з клієнтом та досягає встановлення довіри, що забезпечується завдяки уважному слуханню проблем клієнта, виявленню щирості, емпатії, піклуванню, виключення маніпулювання, зосередженості на емоційних переживаннях, змісті розповіді клієнта та невербальній поведінці.

2. Двовимірне визначення змісту проблем – консультант прагне точно охарактеризувати проблеми клієнта, встановлюючи як емоційні, так і когнітивні аспекти, уточнення проблеми триває до моменту досягнення однакового розуміння та конкретизації проблеми.

3. Ідентифікація альтернатив – на зазначеній стадії з’ясовуються та обговорюються можливі альтернативи вирішення проблем за допомогою відкритих запитань консультанта без нав’язування власної думки.

4. Планування – здійснюється критична оцінка обраних альтернативних рішень, консультант допомагає розібратися в реальності реалізації прийнятих

рішень та побудові плану вирішення проблем із врахуванням часової перспективи, емоційних затрат та можливих життєвих обставин.

5. Діяльність – під час зазначеної стадії відбувається послідовна реалізація плану вирішення проблем; консультант допомагає пройти всі стадії реалізації плану з врахуванням можливих невдач.

6. Оцінка та зворотній зв'язок - клієнт разом з консультантом оцінюють рівень досягнення мети (ступінь вирішення проблеми) та узагальнюють досягнуті результати, у випадку виявлення більш глибоких, прихованих проблем варто повернутися до попередніх стадій консультування або ж застосувати інші напрямки психологічної допомоги, зокрема психотерапію.

У розробленій авторській системі психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА блок психокорекційної роботи представлений ідивідуальною та груповою психокорекцією (Рисунок 5.1.). Ідивідуальна психокорекція розглядається через такі види психологічної допомоги, як ідивідуальне консультування, телефонне консультування, дистанційне консультування із застосуванням інтернет-ресурсів та ідивідуальна психотерапія молоді з ПФОРА.

Ідивідуальне консультування молоді з ПФОРА ефективно застосовується в системі комплексного соціального реабілітування, зокрема в діяльності психологів центрів соціально-психологічної реабілітації.

До спеціальних проблем психологічного консультування молоді з ПФОРА можна віднести:

1. Проблеми взаєностосунків з членами сім'ї. Більшість молоді з ПФОРА перебуває в системі первинної (батьківської) сім'ї, і відповідно перебувають у залежності від інших її членів. Зазначена залежність виникає внаслідок неможливості самостійно здійснювати самообслуговування, потреби у допомозі у багатьох сферах життєдіяльності, в той же час молодь гостро потребує особистого простору, особистого життя та задоволення власних потреб, що не завжди відповідає очікуванням або можливостям інших членів сім'ї. Проблема взаєностосунків у сім'ї може виникати внаслідок того, що батьки та

інші члени родини не завжди перебудовують свої стосунки у напрямку сприйняття молоді з ПФОРА як дорослих, самостійних, здатних самостійно приймати рішення з правом на власті помилки та недоліки. Гіперопікаюче ставлення до молоді з обмеженнями життєдіяльності не надає можливості їм розвиватися, будувати особистісні характеристики, які набуваються в дорослому періоді, і врешті-решт, постійне утримування молоді в дитячій позиції є виснажливим явищем, що негативно впливає на всіх членів сім'ї.

Поряд з гіперопікаючим, майже симбіотичним ставленням одного члена сім'ї (переважно такий тип ставлення притаманний матерям) до молоді з ПФОРА, можливе амбівалентне відчужене, інгноруюче ставлення інших членів. Молоді люди з обмеженнями життєдіяльності переживають страждання у випадку байдужого ставлення сиблінгів (братів, сестер) та батьків, які внаслідок неможливості прийняти сам факт обмежень життєдіяльності або внаслідок того, що молода людина з ПФОРА займає велику часову частку уваги батьків, відсторонюються або переживають злість. Можливі випадки відстороненого інгноруючого ставлення, що викликає у молоді з ПФОРА, відчай, сум, безвихідь та біль.

Проте, варто зауважити, що є значна частина сімей, де виховувалася молодь з ПФОРА, яка у своєму ставленні притримується прогресивних поглядів, і молодь не відчуває невідповідності свого положення у сімейній системі.

Оскільки консультування в періоді молодості проводиться з самим клієнтом, а не з членами родини, варто спрямовувати роботу на розуміння внутрішньосімейних процесів та формування самостійності. Особливого значення набуває розуміння відповідальності, тому що саме ця здатність є характеристикою дорослого періоду життя [193].

2. Створення власної сім'ї. Проблема стосунків з протилежною статтю – одна з найважливіших у періоді молодості. На жаль, незначна частина молоді з ПФОРА створюють власні сім'ї. Гостро постає проблема сексуальних стосунків і взаєморозуміння. Молоді люди з ПФОРА мають можливості знайомитися з представниками іншої статі при відвідуванні реабілітаційних закладів, у періоди

перебування у закладах санаторного типу, літніх таборах, а останнім часом за допомогою соціальних мереж. Проте такі бажані та очікувані знайомства супроводжуються великою кількістю бар'єрів, особистісних страхів, неможливістю подолати соціальні стереотипи та складністю встановлення інтимних, довірливих стосунків. Найбільша складність полягає в тому, щоб стосунки, які щойно почали розвиватися, продовжувалися, а це вимагає прояву піклування та турботи про іншого, розуміння іншого, вміння приймати, любити та прощати.

Проблема взаємостосунків потребує особливої уваги, оскільки молоді потрібно врахувати рівність партнерів, а не відігрування дитячо-батьківської взаємодії. Е. Ільїн описав трикомпонентну теорію любові за Р. Стенбергом, який виокремлює такі складові: інтимність як почуття близькості, що виражається в бажанні зробити життя коханої людини кращим, у підтримці у складних життєвих ситуаціях, в спільних інтересах та прагненнях; пристрасть як вид збудження, що призводить до фізичного потягу та сексуальної поведінки в стосунках (варто зазначити, що пристрасть є важливим компонентом, проте без переживання потреби в самоповазі, підтримки та піклування про когось вона не може належати до компонентів любові); обов'язки як складова любові мають короткотривалі та довгострокові завдання [102, с.699].

Варто зазначити, що у випадку звернення вже сформованої сім'ї (чоловіка та дружини), найефективнішим методом є системно-сімейна психотерапія або ж консультування сім'ї.

3. Проблема професійного самовизначення, працевлаштування та професійного становлення. Зазначена проблема має цілий ряд складностей: молоді з ПФОРА важко наважитися на пошук роботи через власні страхи та побоювання, у випадку коли хтось сторонній допомагає їм, виникає внутрішній опір, через який знаходяться причини відтермінування початку роботи. Незважаючи на ряд соціальних та психоемоційних перешкод, є категорія молоді з ПФОРА, яка прагне до початку трудової діяльності. Бажано, щоб молодь з обмеженнями життєдіяльності отримувала психологічну підтримку впродовж

усіх основних етапів професійного становлення. Важливої уваги заслуговує проблема структурування часу, оскільки складності можуть виникати при дотриманні графіка трудової діяльності з урахуванням індивідуальних особливостей молоді з ПФОРА (важливим є дотримання вимог відпочинку та активності).

4. Проблема самопізнання. Уявлення про себе у молоді з обмеженнями життєдіяльності дещо розмиті, їм важко розібратися в собі, своїх бажаннях та можливостях. Виникає переживання розчарування, до якого приєднується невпевненість у виборі професії. Проблема вибору та особистісної відповідальності посідає провідне місце. Варто зауважити, що зазначена проблематика характерна і для молоді з типовим розвитком і є проявом кризи 30 років, що спричинена розходженням між сферою можливого і наявного, що переживається у вигляді сумнівів та стурбованості. У намаганні перебороти неприємні почуття молодь переоцінює раніше зроблені вибори, що докорінно змінює спосіб життя, проте без особистісної переорієнтації та глибокої рефлексії зазначені зміни часто є ілюзорними виходами з кризи.

Варто зазначити, що особистісний розвиток молоді з ПФОРА, зазвичай, відрізняється дисгармонійністю, що виникає внаслідок наявності ПФОРА та перенесених психічних травм. Тому в консультативному процесі виникає необхідність психологічної роботи з дитячими особистісними частинами клієнта, які потребують підтримки та піклування. Не варто застосовувати категоричність, не завжди клієнт може зрозуміти все, що консультант прагне донести до нього, на усвідомлення багатьох важливих життєвих явищ потрібен час.

Важливим аспектом самопізнання молоді з ПФОРА є проблема усвідомлення та прийняття власної інвалідності, прийняття власних обмежень та несправджених надій і сподівань. Зазвичай особистість вибудовує цілий ряд механізмів психологічного захисту, оскільки зустріч із зазначеною проблемою супроводжується сильним психічним болем, і в консультативному процесі

потрібно зважати на можливості психолога надати допомогу в такий обмежений час.

5. Криза ідентичності. Особливо гостро зазначена проблема постає у молоді з набутими ПФОРА та ветеранів ООС. З набуттям ПФОРА у молоді змінюється більшість вже сформованих життєвих стереотипів, змінюється побут, особливості самообслуговування, можуть втратитися професійні навички, змінюються сімейні ролі, самоставлення, ставлення близьких та інше.

Е. Еріксон описував формування Его-ідентичності через нормативну кризу в підлітковому віці. Проте науковець зазначав, що криза ідентичності притаманна не лише підлітковому віку, але й відбувається завжди, коли сильні зовнішні впливи руйнують стару ідентичність, переживання стану его-тривоги затримує формування нової ідентичності [387]. Л. Бурлачук та Е. Коржава зазначали, що криза ідентичності дорослих визначається протилежністю різко змінюваних зовнішніх впливів та ригідністю особистісних установок та стереотипів [42].

У представленому в попередньому параграфі емпіричному дослідженні висвітлена проблема компонентного складу Я-концепції молоді з набутими ПФОРА, до якого увійшов не притаманний молоді з типовим розвитком компонент Я-фізичне, що в подальшому спричинило дестабілізацію Я-орієнтованого компонента. Тобто набуття інвалідності і супутні соціально-психологічні ускладнення можуть спровокувати кризу ідентичності, яка потребує особливої уваги в консультативному процесі.

6. Проблема самотності. Почуття самотності набуває особливого значення в періоді молодості, оскільки є ознакою передуючої кризи молодості. Проте у ситуації молоді з типовим розвитком почуття самотності також виникає, незважаючи на відсутність фактичної самотності, оскільки вони перебувають в оточенні друзів, рідних та коханої людини. Молодь, з одного боку, страждає від переживання самотності, з іншого боку, прагне до неї. Переживання самотності, зазвичай, супроводжується переживанням власної непотрібності, що провокує запитання: «Чи потрібен я комусь сьогодні, завтра, в подальшому?».

У молоді з ПФОРА почуття самотності спричинене фактичною самотністю, вона може бути позбавлена спілкування з оточенням, не мати стосунків з коханими. Таке непросте поєднання внутрішніх переживань та фактичної життєвої ситуації молоді з обмеженнями життєдіяльності загострює переживання власної потреби. Завдання консультанта допомогти пройти непростий шлях переживань молоді з ПФОРА та пояснити складність, кризовість феномена самотності як необхідної передумови дорослішання, оскільки можливість витримувати переживання самотності – це новоутворення дорослого віку.

7. Проблема сенсу власного життя. Складність зазначеної проблеми полягає в тому, що у молоді з ПФОРА можливі переживання втрати, пов'язані з наявністю ПФОРА, що супроводжуються сильним психічним болем. Пошук життєвих смислів, з одного боку, може бути потужним особистісним ресурсом, з іншого, може провокувати депресивні переживання.

Особливе місце в наданні психологічної допомоги молоді з ПФОРА посідає телефонне консультування та консультування із застосуванням інтернет-ресурсів (форумів соціальних мереж), Skype-консультування. Зазначені види консультування надають можливість отримати психологічну підтримку молоді з ПФОРА, яка не має можливості відвідати кабінет психолога через неможливість переміщення, через проживання в іншому регіоні або через проблеми, спричинені порушеннями психічного та психологічного здоров'я: напади тривоги, хвилювання, панічні атаки та інші. Звісно, і з застосуванням зазначених засобів є цілий ряд проблем із встановленням контакту, створення відповідної психологічної атмосфери, проте надання психологічної допомоги при відсутності інших можливостей є достатньо ефективним, сучасним та модернізованим. У сучасних світових тенденціях надання психологічної допомоги за допомогою Skype-консультування набуває значного поширення і має численні переваги у своїй доступності та можливості об'єднувати людей із різних країн.

Специфіка застосування групової психокорекції полягає в цілеспрямованому застосуванні групової динаміки, тобто всієї сукупності взаємостосунків та взаємодії, що виникають між учасниками групи, включно з психологом, з психокорекційною метою [195, с.285].

Важливе значення в процесі групової роботи має динамічна адміністрація групи, яка, передусім, забезпечує дотримання рамкових умов сеттінгу.

1. Попередня бесіда та підготовка. Групову роботу варто пропонувати не лише тим клієнтам, які прагнуть брати в ній участь. Багато людей, які прагнуть психотерапевтичної допомоги, можуть отримати від групи таку ж користь, як і від індивідуальної терапії. С. Фукс у своїх роботах вказував на те, що клієнти, які відмовляються від участі в групі і не можуть обгрунтувати це розумно, переважно мають погані прогнози і в індивідуальній терапії. Важливою є інформація з індивідуального анамнезу про попередній та актуальний досвід із формальними та неформальними групами (сестри, брати, шкільний клас, товариства від однолітків до робочого колективу тощо).

Пацієнтам потрібно надавати достатньо інформації про те, як працюватиме група і на яких засадах базуватиметься сеттінг. Важливими моментами є конфіденційність, абстиненція, неперервність і, по можливості, відсутність контактів за межами групи [211].

Формування груп. На основі психоаналітичної праці Фелікса де Мендельсона, гомогенні групи створені для осіб із певною схожістю, наприклад:

- Особи, які зазнали особливо важкої втрати чи пережили трагічний випадок.
- Особи із розладами харчування, uzалежнені від наркотиків і комп'ютерних ігор, важкохворі.
- Студенти, батьки підлітків, люди похилого віку.
- Жертви насильства, зокрема сексуального; ті, хто вижив у катастрофі; злочинці.
- Особи, які підпадають під однакові діагностичні психологічні проблемні категорії, наприклад, шизофренії чи агорофобії.

- Особи із однаковою соціальною ідентичністю, яку вони вибрали чи не вибрали відповідно до сексуальної орієнтації, кольору шкіри чи соціального статусу [49; 73; 211].

Відповідно до вищезазначеного, створення психотерапевтичних груп для молоді з обмеженнями життєдіяльності є вдалим рішенням. У таких групах вона може відчувати певний захист, бо на початкових етапах можна краще орієнтуватися, відчуваючи менший страх. Проте, роботу з такими групами слід закінчувати через нетривалий період часу, бо їхній потенціал для багатьох учасників швидко вичерпується. Задля більшої користі для себе вони можуть перейти в гетерогенну групу, тоді як решті учасників потрібна індивідуальна терапія.

Гетерогенні групи (оптимально – шість-дев'ять осіб) пропонують учасникам різноманітні можливості. Кожного разу підтверджується, що зустріч осіб різного віку, представників різних національностей, різного соціального статусу та з різними особливостями здоров'я може бути стимулюючим чинником процесу. Зрозуміло, що тут необхідна обережність, оскільки для учасника, який протистоїть групі відмінністю своєї позиції, завдання буде надто складним. Якщо таких учасників двоє, то є ризик виникнення перманентної коаліції, бо лише троє утворюють групу (С. Фукс), і це стосується субгрупи.

Відмінності учасників групи ведучий повинен постійно тематизувати та опрацьовувати, оскільки у своєму прагненні до гармонізації група буде заперечувати реальність, а це гальмуватиме подальший розвиток.

Стосовно рішень, які змінюватимуть сеттінг групи, то їх має приймати лише ведучий групи. Аналітична група (саме в аналітичній парадигмі проводилася групова робота з молоддю з ПФОРА) – це не демократичне товариство, у якому проводиться голосування, проте вона може бути лабораторією, у якій досліджуються несвідомі основи демократичних організацій. Як лабораторія, група потребує керівництва, бо лише керівник приймає рішення про місце і час проведення групових сесій та несе за це

відповідальність, зате як і коли дозволяти увійти в групу новим учасникам. [73; 211].

Для вирішення поставлених у дисертаційному дослідженні завдань було сформовано три психотерапевтичні групи, учасниками яких була молодь з типовим розвитком, молодь з вродженими порушеннями функцій опорно-рухового апарату та молодь з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Група ветеранів ООС з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату не зібралася, постійно приходив один учасник. Після чого було прийняте рішення провести серію індивідуальних консультацій з ветеранами з обмеженнями життєдіяльності.

Психотерапія молоді з вродженими порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Психотерапевтична група проводилася один рік на базі Вінницького міського центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Гармонія» імені Раїси Панасюк.

1. Первинне інтерв'ю та діагностика.

Перед початком роботи психотерапевтичної групи з претендентами на участь у ній проводилося первинне інтерв'ю. За результатами якого, встановлено, що у претендентів на участь у груповій роботі є бажання брати у ній участь, оскільки з попереднього досвіду їм відома групова психологічна робота з психологами центрів соціально-психологічної реабілітації та психологами, які брали участь у соціальних програмах та проектах. Очікування від групової психотерапевтичної роботи – розібратися зі своїми переживаннями та бажання налагодити комунікацію.

До складу групи увійшло сім молодих людей:

А., молода дівчина з вродженими порушеннями опорно-рухового апарату, запит на роботу – бажання спілкування з однолітками. Сім'я А. багато вкладала в її освіту. А. відрізнялася дещо демонстративною жіночністю, проте її образ був цікавим і стильним. Запит на роботу – цікавість та бажання працювати в психотерапевтичній групі. А. пересувалася за допомогою ходунків.

Б., молода жінка з набутим порушенням опорно-рухового апарату, проживає з сином та матір'ю. Запит на роботу – розібратися в собі та бажання спілкування й участі в психотерапевтичній групі. При першій зустрічі Б. зауважила, що вона спілкувалася з багатьма психологами, можливо, саме я дам їй відповідь на запитання, які її цікавлять. У мене були сумніви стосовно того, чи саджати Б. саме в зазначену групу, оскільки інші учасники групи мали вроджені порушення функцій опорно-рухового апарату, а у Б. набуті в молодому віці. Проте Б. стала дуже важливою фігурою в груповій динаміці, вона надавала іншим учасникам підтримку і немов «підштовхувала» групу до розвитку. Варто зауважити, що Б. переважно пересувалася на візку.

В., молодий чоловік із вродженими порушеннями функцій опорно-рухового апарату (ДЦП), мав винятковий талант до живопису, але у зв'язку з дисфункціями рук малював зубами. Відрізнявся винятковою організованістю і одразу було помітно, що сім'я багато вкладала зусиль, ресурсів і любові в його розвиток. Запит на роботу – бажання розібратися у власних переживаннях та спілкування з учасниками групи. В. пересувався на візку.

Г., молодий чоловік з вродженими порушеннями опорно-рухового апарату(ДЦП). У мене виникали сумніви стосовно його участі в групі, оскільки у Г. була дизартрія, на початкових заняттях я майже не розуміла, що саме він намагається сказати. Група, всі її учасники, перекладали для мене його роздуми, пояснюючи те, що вони його розуміють, тому що постійно спілкуються з Г. З часом мені не потрібен був переклад, я добре розуміла Г, можливо, збільшилася моя сензитивність, можливо активні заняття Г. з логопедом давалися взнаки. У Г. була складна сімейна ситуація, особливо важкими були стосунки з батьком та старшим братом. У матері – важке захворювання (онкологія). Запит на роботу – спілкування. Г. пересувався на візку.

Д., молодий чоловік з порушеннями функцій опорно-рухового апарату після першого року життя (ДЦП), порушення виникли після вакцинації. Д. займав активну громадську позицію, брав участь у багатьох психологічних тренінгах і навіть сам їх проводив. У Д. спостерігалися періоди пригніченого

настрою, які тривали достатньо довго, і потрібно було докладати багато зусиль для їх подолання. Він намагався бути активним, активно шукав роботу, проте соціальні фрустрації знову і знову призводили до переживань пригніченості. Варто зауважити про опозиційність по відношенню до матері, та її важкий стан здоров'я (онкологічне захворювання). Д. мав міцну підтримку друзів як з обмеженнями життєдіяльності, так і з типовим розвитком. Запит на психотерапевтичну роботу – бажання розібратися в собі та зрозуміти складні внутрішні переживання. Д. пересувався на спеціально обладнаному скутері.

Є., молодий чоловік з вродженими порушеннями опорно-рухового апарату. Запит на психотерапевтичну роботу - розібратися в своїх переживаннях та отримати відповіді на хвилюючі його теми. Є. багато часу проводив на самоті, пересувався на візку.

Початок групової роботи. М. Ністан вважає, що на початковій стадії роботи групи важливо, щоб була відчутна присутність ведучого, а графічні феномени чітко визначені для того, щоб група отримала безпеку та довіру. Чутливість до страхів і збентеженість на початку формування групи більш корисні, ніж позиція рішучого терапевтичного дистанціювання або вміння робити наполегливі тлумачення [73].

Практичний випадок: Початок групової роботи викликає багато хвилювання та тривоги. До того ж, коли стільці для сидіння не потрібні всім учасникам, оскільки вони сидять на візках. Керівник групи заходить до приміщення, де відбуватиметься група, та ставить кілька стільців так, як приблизно уявляє, де сидітиме кожен з учасників, проте залишає простір для вибору.

На першому етапі роботи групи хвилювання було настільки відчутне, що проявлялося в напружених рухах учасників. Керівник допомагає учасникам розміститися. Стабільний внутрішній стан та спокій керівника групи поступово зменшує хвилювання учасників. Керівник групи запитує, де саме кожен учасник хотів сісти, запитує, чи можна допомогти, якщо отримує позитивну відповідь, то пересуває візок на вказане місце. До приміщення в'їжджає молодий чоловік Д.

на скутері. У нього виникають складності з тим, щоб зняти верхній одяг. Керівник групи розуміє, що це внаслідок хвилювання, і пропонує допомогти, на що молодий чоловік погоджується. Керівник групи запитала, як саме допомогти і що потрібно зробити? Молодий чоловік попросив потримати рукав куртки. Хвилювання припинилося, він спокійно витяг руку з рукава. Куртка залишилася у керівника групи в руці, і вона запитала, що робити далі. Д. попросив покласти куртку та поставити йому стілець – «Мені так зручніше». Далі він самостійно пересів.

Контрперенос: на початку групової роботи з молоддю з ПФОРА керівник групи згадала своїх маленьких «ангелів-дітей» клієнтів, які були в терапії. Спогади з дитячої психотерапії ще неодноразово приходимуть під час роботи групи. Таке враження, що в одну мить молоді люди – учасники: то граються в піску, забираючи один в одного відерце з лопаткою, то заколихуються в обіймах групи та засинають, а то розмовляють на дорослі теми.

Важливим аспектом групової психотерапії молоді з обмеженнями життєдіяльності так само, як і під час роботи з дітьми, - це допомога у дотриманні особистої дистанції клієнта. Важливо не втручатися в особистий простір.

Смуток, безнадія, безпорадність.

Одна з тем, яка виникла при груповій роботі, – це переживання смутку, безнадії та безпорадності.

Образ безпорадності може виникати на певних етапах роботи групи, він може виражатися в образах-переживаннях і, мабуть, походить це непросте переживання з раннього досвіду людини. У працях М. Кляйн описана депресивна позиція, яка характерна для довербального періоду життя дитини. Відповідно до концепції науковця, характерний для зазначеної позиції страх, що добрий зовнішній і внутрішній об'єкти (прообрази материнського об'єкта) певним чином знищені, і навіть спроби зберегти об'єкт розцінюються, як деструктивні. Описану фазу характеризують переживання втрати та безнадії, тобто депресивне переживання. Проте, зазначена депресивна позиція сприяє

розвитку, мобілізує розвиток Супер-Его та Едіпового комплексу (характерного для більш зрілих структур розвитку особистості) [281; 91с.] З праць М.Кляйн відомо, що депресивна позиція є перехідною між маніакально-шизоїдною, яка характеризується амбівалентністю між сприйняттям материнського об'єкта як гарного чи поганого (в залежності від задоволення/ незадоволення базисних потреб) та врівноваженням амбівалентності [117]. Експериментальне дослідження, представлене в дисертації, вказує на наявність показників амбівалентності (шизоїдно-параноїдальна позиція) та депресивної позиції. А під час групової роботи відбувалося опрацювання зазначених позицій, оскільки група в своїй динаміці регресувала саме до них, що вказує на травматичний досвід саме цих фаз, які заважали подальшому особистісному розвитку. Під час несприятливого досвіду в теперішньому часі (соціальні ситуації), молодь переживала сильний психічний біль, який повертав її у ранні неусвідомлені травматичні переживання.

У групі молоді з ПФОРА, в якій більшість учасників пересувається на візках, переживання безпорадності доволі часто має місце. Наприклад, коли виникає ситуація, коли не можна дістатися потрібного закладу, через відсутність доступу, або для цього тебе і візок повинні носити (у прямому сенсі на руках), або коли молодий чоловік не може сам себе обійти, а матері потрібно працювати і немає кому допомогти. І почуття безпорадності переповнює.

Або коли один з учасників говорить, а керівник групи не розуміє жодного слова (внаслідок порушення вимови у мовленні учасника - дизартрії) і відчуває безпорадність зі своєї сторони, а він зі своєї. Мова йде про контрпереносні переживання аналітика. Частина учасників групи починає перекладати сказане: « Г. говорить, що коли він звертається до людей, то вони його не розуміють. Це викликає у нього страх і відчай». Інший учасник зауважує, що «той, хто хоче почути, той почує, а хто хоче зрозуміти, той зрозуміє». Керівник групи розуміє, що дуже хоче зрозуміти, проте не розуміє жодного вислову.

Контрперенос аналітика: під час перебування в іншій країні, тримаючи мапу в руках, керівник групи заблукала. Хотіла запитати у перехожих, але вони

не розуміли і говорили мовою, в якій можна було зрозуміти лише поодинокі віддалені слова.

Поділившись зазначеним спогадом з групою, аналітик зауважила, що переживання беспорядності може виникати не залежно від наявності чи відсутності обмежень життєдіяльності (інвалідності). До речі, за допомогою англійської мови керівник групи таки знайшла вихід із ситуації. А за допомогою групи – розуміла учасника Г. І вже через один місяць роботи в групі почала розуміти половину із сказаного Г. (він активно ходив на заняття до логопеда, а у керівника групи розинулися потрібні модальності сприйняття).

Найцікавішим у цьому випадку було те, що група, як опікуюча матір, у матеріал, що позначався як безнадія, смуток та беспорядність, вміщувала своє значення, перекладала мовлення учасника Г. і надавала максимальну підтримку.

На наступну зустріч троє учасників не прийшли, один із яких був Г. (хлопець, якого я не розуміла), він готувався до вистави, присвяченеї Дню св. Валентина, другий хлопець, який сказав, що, якщо тебе не розуміють, це їхні проблеми, і третя дівчина, яка повернулася в групу з цінним надбанням (вона придбала квартиру, що для неї було символом самостійності).

Учасники, які все ж таки прийшли на чергову сесію, демонстрували своє прагнення до подолання беспорядності. Наприклад, один, із учасників розповів, про те, що він телефонував у міську раду для того, щоб був направлений трактор для очистки його вулиці від снігу, оскільки це перешкоджало рухові спеціального автомобіля, що доставляв його до центру реабілітації, в якому працює група. Велика кількість проблем техніко-середовищної беспорядності може вирішуватися за допомогою державного забезпечення. Оскільки цей образ виник у груповій роботі, то він був інтерпретований як поява батьківського образу у групі, і розвитку Супер-Его, описаного в теоретичному блоці, долученого до цього випадку [281].

Відповідно до теорії Г.Фюра (шведського психоаналітика) [310] та продовження його думки в роботах М. Селігмана та Р. Дарлінга [260], який написав книгу «Заборонене горе», де розкривається ідея складності

материнських переживань щодо інвалідності у дитини. Мати одночасно переживає смерть ідеалізованого, здорового образу майбутньої дитини та прийняття наявності обмежень життєдіяльності у реальній дитини. Проте, оплакати смерть ідеалізованої мрії неприпустимо, що і запускає складну динаміку переживань у матері. Тобто, переживання, які переживала група, могли бути відігранням вміщених в учасників переживань їхніх матерів – переживань втрати.

Образ смутку, безнадії та безпорадності може переживатися в груповій роботі на трьох рівнях:

1. Перший індивідуальний рівень. Безпорадність може сягати корінням ранніх немовлячих спогадів (концепція М.Кляйн) [117]. Переживання безпорадності як відповідь дитини на складні переживання матері та її відстороненість, зануреність у ці переживання (концепція Г.Фюра) [310; 287].

2. Зазначене переживання може даватися ознаки при наявності комунікативних бар'єрів з оточуючими, при неможливості реалізувати свої нагальні потреби, починаючи від самообслуговування та інших аж до статевих потреб.

3. Переживання безпорадності має місце при неможливості держави забезпечити техніко-середовищний простір для молоді з обмеженнями життєдіяльності. Можливо, це вже про батьківський образ у груповій роботі.

Прагнення до індивідуальної роботи з аналітиком. Відіграння.

Варто зауважити, що ідея створення психоаналітичної групи виникла з тією метою, щоб молодь із вродженими ПФОРА набула досвіду взаємодії у групі, оскільки їх реальна соціальна взаємодія була ускладнена. Деякі учасники групи мали незначний досвід соціальної взаємодії, тому що тривалий час перебували вдома під опікою близьких, переважно матерів, деякі мали травматичний досвід відвідування закладів освіти, деякі внаслідок травматичних подій у житті не змогли адаптуватися до соціального середовища (молода жінка Б. з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату). Центр

соціально-психологічної реабілітації був першим у їхньому житті закладом, у якому вони отримали позитивний досвід взаємодії з оточуючими.

Переважний досвід взаємодії молоді лише з матір'ю, можливо, саме цей факт спричинював постійне прагнення молодих людей-учасників групи говорити тренеру-аналітику про бажання відвідувати індивідуальні консультації [287; 337; 346]. Під час процесу програвання в психоаналітичній терапії аналітик неплановано залучений в утруднення пацієнта та завербований грати роль, яка підтримує прагнення пацієнта руйнувати інсайт. Аналітик вербується на роботу проти самого себе, зазвичай, він підкорюється. А стратегія пацієнта – примус аналітика до певної ролі, цей процес постійно відбувається в аналітичній ситуації. У психіці пацієнта аналітик є залученим у процес і постійно використовується як частина захисної системи пацієнта.

Цей процес постійно захоплює як пацієнта, так і аналітика весь час, тому весь аналіз сприймається як перенос. Від аналітика вимагається грати центральну роль, зазначена роль визначається проєктивною ідентифікацією в аналітика (тобто вміщення в аналітика особистісних особливостей, переживань та інших особливостей пацієнта) [211].

Учасники Д. та В. після проведення групи неоднаразово зазначали, що хотіли б мати індивідуальні консультації. Один з учасників пояснював це тим, що йому не вистачає часу під час роботи групи висловити свою думку, а під час індивідуальної консультації буде більше простору. Учасник Д. після завершення чергових сесій задавав запитання тренер-аналітику стосовно написання своєї підсумкової роботи з психології, хотів консультуватися, що також можна пояснити програванням і бажанням відтворити діадні стосунки, які були основними в його житті та психічному апараті.

Молода жінка Б. під час однієї з сесій, коли ніхто з учасників групи, крім неї, не з'явився (опір в роботі групи) виявила бажання працювати індивідуально, зазначаючи: «дуже добре, що інші учасники не прийшли, вона зможе розкритися повною мірою».

Материнський об'єкт. Сепарація- залежність.

Найскладніші стосунки, як виявилось в груповій роботі, у молоді з обмеженнями життєдіяльності з матерями. Складність полягає в тому, що внаслідок порушень функцій опорно-рухового апарату молодь потребує (здебільшого) постійного супроводу і перебуває у позитивній залежності від оточуючих, зокрема їхніх матерів. Звісно, зазначена залежність співвідносна з рівнем ураження опорно-рухових функцій. І відповідно, чим вищий рівень розвитку техніко-середовищного фактора соціального реабілітування в країні, тим більше є можливостей розвитку самостійності молодих людей. Залежність від матерів у здійсненні самообслуговування спричинює і болісну психологічну залежність, яка негативно впливає на встановлення стосунків з іншими людьми. За результатами аналізу виявлено, що стосунки з матерями продовжують носити симбіотично-хворобливий характер. Ускладнена здатність сприймати себе і матір як відокремлені самостійні об'єкти. Зазначене відокремлення на психічному рівні відбувається в ранньому дитинстві внаслідок процесу триангуляції. Коли дитина відокремлюється від материнського об'єкта і усвідомлює наявність батьківської пари – матері та батька. Дитина може сприймати батьків як відокремлених і переживає «втрату грандіозності» через усвідомлення власної невсемогутності. Варто зауважити, що в період раннього дитинства відбується активний розвиток власної самості, передумовою якого є уміння пересуватися у вертикальному положенні, що значно ускладнено при наявності порушень функцій опорно-рухового апарату. В цей період відбувається і базисне формування психосексуального розвитку, диференціювання себе як представника чоловічої чи жіночої статі, при оволодінні «ядра статевої ідентичності» [8; 281; 144с.]. Велике значення в цьому періоді мають вербальні навички, які у молоді також були ускладнені. Психотерапевтичний процес заповнює прогалини в особистісному розвитку: усвідомлення власних бажань, відтворення процесу сепарації, отримання задоволення від міжособистісної взаємодії, часткова відмова від інстинктів і велике значення має погодження (підтримка) дій учасників або пояснення суспільних правил аналітиком.

Варто зауважити, що ускладнення взаєностосунків з материнським об'єктом має двосторонній вектор. З одного боку, складність сепарації дитини обумовлена її особливостями розвитку, з іншого боку, складна динаміка переживань самої матері і відхід на вторинний план батьківської фігури. В більшості наукових досліджень описана складна сімейна ситуація у сім'ях, які виховують дитину з обмеженнями життєдіяльності. Частина батьків-чоловіків покидають сім'ю або займають емоційно-відгороджену позицію, що в цілому ускладнює процес сепарації та індивідуалізації дитини.

Батьківський об'єкт. Соціальна взаємодія.

Стосунки з батьками менш конфліктні, ніж з матір'ю, проте мають цілий ряд болісних переживань. На превеликий жаль, більша частина учасників психоаналітичної групи (молоді люди з обмеженнями життєдіяльності) зростали без батьків або ж батько займав відсторонену позицію. Є випадки відкритого неприйняття дитини. В аналітичній літературі зазначається, що саме з батьківською фігурою пов'язане розуміння соціальних норм та правил, якщо батько відсутній, то його функції виконує соціум, проте дещо з більш фруструючою дією. Образа на батька пройшла наскрізно через усі сесії, так само і образа на соціальне оточення. Можна провести паралель між неухажним, ігноруючим батьком та неухажними до проблем молоді з обмеженнями життєдіяльності оточуючими (суспільством в цілому). Вирівнювали почуття образи запитання стосовно того, чи ставився батько до когось у його житті по-іншому або ж чи ставились оточуючі люди до когось з особливою турботою. Молоді люди приходили до висновку, що зазначені ставлення до всіх однакові, а не винятково негативні саме до них через їх обмеження життєдіяльності. Хоча хотілося б особливого позитивного ставлення.

Д. Розенфельд [244] зазначає, описуючи психоаналітичну роботу, що якщо немає батьківського та материнського простору як цілого здатного приймати ідентифікації дитини, то дитина не знає, ні як розвивати корисну ідентифікацію, ні як її інтроектувати. Згуртовані сиблінги (брати та сестри) можуть

компенсувати відсутність матері, згуртована група може замінити відсутню батьківську роль.

Батьківська роль корисна тільки тоді, коли вона задовольняє потреби кожної стадії розвитку, що проходить дитина. Постійна та надійна роль батька, стійка прихильність є необхідною умовою розвитку довіри у дитини. Нестійкість може викликати розчарування. Серйозні розчарування або травми можуть забруднити або стерти внутрішні об'єкти взаємовідносин та викликати втрату попередніх інтроєктів. Існує постійна потреба в підтримці, супроводі та допомозі, що надається внутрішньому світу, так щоб він міг вмещувати функції оволодіння об'єктами та ролі, завдяки яким розвиваються фантазії.[304; с.59].

Д.Розенфельд описує першосцену (взаємодія батьків у психоаналізі сексуальна) як програння батьківських та материнських ролей у русі; зазначена стадія наповнена персонажами. Відсутність третього (усвідомлення клієнта як третього, відокремленого від батьків) утруднює усвідомлення тривимірного простору [244; с.59].

Загальновідомий факт, що функція батька або ж реальний батько грає провідну роль в Едіповому комплексі; його структурування та розв'язання є фундаментальними для всього психічного структурування. Батьківська роль – це роль того, хто розпізнає повідомлення, це роль фасилітатора первинної групи. Чоловічий персонаж, що грає роль батька, повинен дозволяти та сприяти розвитку маскулінної сексуальної ідентифікації, роблячи можливою сексуальну диференціацію, призводячи до завершення процес розвитку [281].

Любов, стосунки, лібідозна константність самоті.

Тема стосунків з протилежною статтю – важлива в молодості. Під час роботи групи виникали сумні любовні історії. Про кохання, якому зашкодили батьки, та звинувачення матері у тому, що втрутилась у стосунки. Про те, що самі молоді люди відмовилися від стосунків, через страх бути використаними. Також була присутня думка, що молодим чоловікам з ПФОРА можна звертатися для задоволення власних потреб лише до повій, що, до речі, викликало обурення у жіночої частини групи. Аналітик дала поспішну інтерпретацію про те, що в

зверненні до повій є щось від використання і втрачається компонент стосунків, кохання. На наступну сесію молодий чоловік, який відкрив свої потаємні побоювання та страхи, не прийшов. Аналітик проінтерпретувала це для себе, як наслідок поспішної інтерпретації і неможливість сконтенувати його справжні, болісні переживання, що викликало реакцію опору в учасника та подальшу відсутність на кількох сесіях.

Тема стосунків з представниками протилежної статі – не проста та потребує тонкої роботи, варто зауважити також про особливості менталітету, оскільки в країнах Європи, наприклад, до більшості потреб осіб з обмеженнями життєдіяльності ставляться так само, як і до проблем молоді з типовим розвитком, а подружжя молодих людей з важкими обмеженнями життєдіяльності (з порушеннями інтелектуального розвитку) - звичайна реальність.

Доктор Дитер Фішер у «Роздумах лікувального педагога на тему «Сексуальне виховання людей з розумовими та фізичними обмеженнями» зазначав, що статеве дозрівання є невід'ємною частиною життя кожної людини. У його процесі людина усвідомлює значення своєї статевої приналежності, розкривається як чоловік чи жінка. Статеве дозрівання створює базу для подальшого розвитку та наповнює життя сенсом. Проте навіть при сприятливих суспільних, культурних, індивідуальних та соціальних умовах людина зустрічається з певними проблемами під час сексуальної реалізації [151].

Підґрунтям зазначених проблем є фундаментальні протиріччя: протиріччя між почуттями та розумом, між раціональним та ірраціональним, чоловічим та жіночим у людині.

Сексуальність людини – це те, як вона сама її сприймає: як акт насилля або задоволення, акт запліднення або прояв чуттєвості, акт спілкування або спосіб самозадоволення.

При статевих контактах людина неусвідомлено пізнає власне історичне існування. Неможливість цього є причиною відчаю та страх тих, кому з певних причин статеві контакти недосяжні або заборонені. Тобто вони приречені на

відсутність історії життя та на безликість. У цьому випадку людина не може пройти весь життєвий цикл від народження (появи), становлення (розвитку та реалізації себе) та відходу (смерті) [151].

При порушеннях функцій ОРА ускладнена або повністю відсутня рухова здатність людини. Молоді з обмеженнями життєдіяльності потрібно вести боротьбу з двома сторонами проблеми. З одного боку, з ув'язненням у власному тілі, яке не дає або ускладнює здійснення або формування ідеї, бажання та наміру, оскільки для здійснення необхідно значне застосування сили, часу, більш високим є відсоток помилок та невдач при одночасній меншій результативності, ніж очікують самі молоді люди з порушеннями функцій опорно-рухового апарату та інше.

Інша проблема полягає в постійній конфронтації з думкою оточуючих людей, яка має вираження у погляді іншої людини. Кожного разу, коли на людину з обмеженнями життєдіяльності звертають увагу через її зовнішність, їй знову нагадують про її обмеження. Сама молода людина може подолати власне відношення до своєї зовнішності та за допомогою допоміжних засобів знайти спільну мову з тілом, проте людина безсила при зазначених поглядах сторонніх і кожен раз усвідомлює, що відрізняється від інших.

Прийняття власного існування відбувається тільки за умови прийняття власного тіла. Тоді коли молода людини з обмеженнями життєдіяльності долає переживання при «сторонніх поглядах» та при розгляданні її, саме за такої умови вона може прийняти себе і свою тілесність. З.Фрейд вважав, що Я, насамперед, – це тілесне Я.

Здатності любити навчаються у людей, які самі когось люблять. Від люблячої людиними навчаємося відповідати на любов та дарувати любов. У багатьох молодих людей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату є люблячі батьки. Проте досвід подальшого життя викликає сумніви, чи дійсно вони гідні любові. Важливо розвивати розуміння того, що любов - сприяння розвитку іншої людини [151, с. 23-24].

Психотерапевту недостатньо вчити любові, потрібно жити з любов'ю. Потрібно акцентувати роботу на тому, що недостатньо очікувати стосунків та почуттів, потрібно долати паралізуюче почуття меншовартості і переживати та випромінювати цікавість, інтерес, турботу, щирість, любов та гідність.

Інтегрована особистість.

Основною метою психоаналітичної роботи є сприяння розвитку інтегрованої особистості учасників групи та розвитку відповідальності за себе та власне життя. Не можна говорити про динаміку групової роботи, не розглядаючи можливості пропрацювання різних стадій особистісного розвитку особистості. В залежності від змісту вербального матеріалу групи можна діагностувати те, яка стадія розвитку актуальна саме на зазначеній сесії. При чому пропрацювання певної стадії можливе на різних етапах розвитку групи, проте з різною інтенсивністю.

Психотерапія молоді з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Психотерапевтична група проходила один рік на базі Вінницького міжрегіонального центру професійної реабілітації інвалідів «Поділля».

Первинне інтерв'ю та діагностика.

За результатами проведеної діагностики до емпіричної частини дисертаційного дослідження, учасникам експерименту було запропоновано брати участь у психотерапевтичній групі. З бажаними брати участь у роботі психотерапевтичної групи було проведено первинне інтерв'ю, за результатами якого встановлено, що основні запити на роботу в групі - це підготовка до працевлаштування (оскільки більшість досліджуваних брала участь у програмі працевлаштування осіб з обмеженнями життєдіяльності), зокрема переживання стосовно адаптації в колективі та власних переживань тривоги; також значне місце серед запитів на психотерапевтичну роботу зайняло вирішення власних особистісних проблем.

До складу групи увійшло шість молодих людей:

Ж. – молода дівчина з набутими внаслідок автомобільної аварії порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Надзвичайно активна та творча

молода жінка з складною життєвою ситуацією та складними переживаннями. Має вищу освіту, на момент участі в психотерапевтичній групі брала участь у програмі соціально-психологічного супроводу на робочому місці.

З. – молода жінка з набутим порушенням опорно-рухового апарату. Проживає в сільській місцевості, групу відвідувала під час навчання і проживання в Вінницькому міжрегіональному центрі професійної реабілітації інвалідів «Поділля». Любить займатися рукоділлям. Запит на роботу – вирішення міжособистісних стосунків, знайомство з роботою таких груп.

І. – молода жінка з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату (потрапила в автокатострофу). З важкими переживаннями суму. Запит на роботу – вирішення особистісних проблем та робота з переживаннями. Під час проходження групи проживала в гуртожитку.

К. – молода жінка з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Під час участі у програмі з працевлаштування мала проблеми з здоров'ям, через які була змушена покинути місце роботи. Достатньо відкрита.

Л. – молодий чоловік з набутими внаслідок автокатастрофи порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Батьки доклали багато зусиль для відновлення молодого чоловіка. Мав схильність до творчої діяльності, брав участь у програмі з працевлаштування. Запит на роботу – пошук себе в професії, оскільки мав сумніви стосовно вибору професії. Мав досвід подружнього життя, на час проходження групи був розлучений.

М. – молодий чоловік з набутими порушеннями опорно-рухового апарату. Мав стійке розчароване ставлення до життя. Не виявляв ініціативи до участі в груповій роботі.

Практичний випадок:

Опір.

Групова робота починалася зі складністю. Молоді люди несистемно відвідували групу. Мав місце опір і небажання брати участь у психотерапевтичній групі.

Відповідно до психоаналітичної концепції, опір може бути усвідомленим, позасвідомим або неусвідомленим; але завжди він вказує на діалектичну взаємопов'язаність змін та інерції, що характеризує кожен вид психотерапії. Однак лише психоаналіз претендує на те, що його теорія «базується на процесі усвідомлення опору» [73].

Як наслідок такого самоусвідомлення, успіх психотерапії принципово залежить від того, чи вдасться аналітикові в рамках тривалої співпраці з пацієнтом зробити свідомим неусвідомлений опір, який під час психоаналітичного процесу мобілізується для того, аби перешкодити доступу до неусвідомлених змістів пережитого і зруйнувати усі шанси на зміни, що викликаються розширенням свідомості.

Ця позиція, сформульована для індивідуального аналізу, зберігає свою чинність і за видозмінених умов терапії під час групового аналізу [73].

Часто поняття опору та психічного захисту вважаються синонімічними. З.Фройд розвів ці поняття: виразне відчуття захисту виникає, коли на власному досвіді намагаємося усвідомити «активне позасвідоме», а коли ж ми спробуємо це зробити на прикладі інших людей, то маємо недвозначні ознаки того, що називається опором. З.Фрейд трактує опір як інтерперсональний захист, тобто міжособистісний ефект захисту; разом з тим акцентує увагу на його впливові на психоаналітичний процес: «Все, що перешкоджає процесу роботи, є опором» [73; 391].

Спочатку роботи було важко розпочати роботу групи. Керівник групи розпочав роботу, звертаючи увагу на складності в початку роботи, на що в учасників виникли спогади про не дуже вдалий досвід групової психологічної роботи. Можливо, мав місце негативний перенос, про який керівник розпочав розмову. Учасники зауважили, що є позитивний досвід індивідуальної роботи. У результаті подальшої роботи керівник групи прийшов до висновку, що опір, який виник на початку роботи групи, міг бути наслідком утворення несвідомого групового опору, спрямованого на те, щоб нікому з групи не дати змоги розпочати розмову про групову травматизованість усіх її членів.

До типових проявів опору під час роботи групи належали: запізнення, важливі справи, які перешкоджали роботі групи, мовчання під час роботи групи та інші. Обговорення зазначеної ситуації, виведення її на поверхню дало змогу запустити групову динаміку та активну роботу групи.

Злість на несправедливість.

Група мала складності в об'єднанні. Одразу було помітно, що учасниця З. викликає деяке несприйняття групою. Основна тема групи – несправедливість. Несправедливість оточуючих, недбале ставлення до осіб з обмеженнями життєдіяльності: водій автобуса не зачекав дівчину на візку, оскільки не хотів застосовувати пандус; молодий чоловік не зміг дістатися до магазину, тому що пандус не був встановлений і поруч нікого не було для допомоги; при намаганні дівчини на візку проїхати до входу у супермаркет, автомобіль, який стояв на місці паркування людей з інвалідністю, перешкоджав її руху. Ми не можемо заперечувати людський фактор, проте, що можна змінити тут і зараз у груповій роботі? По-перше, чи зазначене ставлення проявляється лише до осіб з обмеженнями життєдіяльності, чи це ставлення поширюється і на осіб з типовим розвитком? На зазначене запитання група відповіла, що недостатньо уважне ставлення може поширюватися на всіх. Звісно, коли однією з низки проблем є неможливість розв'язати побутові потреби, з цим важко мати справу і це викликає почуття безвиході, яке змінюється злістю. По-друге, чи можна в роботі групи пропрацювати саме ті почуття, які виникають у складних побутових ситуаціях, для вироблення загального стану врівноваженості? Чи, можливо, саме злість провокує активність у пошуку вирішення проблем побутового характеру? В ході роботи група перейшла до пропрацювання більш складної та глибинної теми – теми травми.

Травма.

Одним із завдань групового аналізу є пропрацювання внутрішніх, переважно набутих у дитячому віці, травм. Як зазначав М. Решетніков: «Нікому не вдавалося прожити життя без психічних травм, більш того, можна сказати, що життя змістовно травматичне» [239, с. 10].

Що можна сказати, якщо на певний особистісний досвід, з його ментальними травмами та виробленими на них захисними механізмами, накладається фізична травма набута в молодому віці? М. Решетніков, аналізуючи роботи Д. Калшеда, при описі гострої психічної травми вказував на те, що відбувається перехід звичайних захистів (цивілізованої людини) до примітивного рівня «архаїчних» захистів, які визначаються високим рівнем опору до змін (оскільки рівень організації психіки в цілому глибоко регресує) [239, с. 67]. Саме через зазначені особливості, звернення до раціональної частини психіки буде ускладненим і навіть беззмістовним до того часу, доки не буде встановлена мінімальна довіра. Тобто при терапії гострої (ми застосовуємо термін гостра психічна травма, оскільки у більшості учасників, не зважаючи на те, що пройшов певний час після травми, травма перебуває у гострому стані) психічної травми найважливішим стає розуміння та співпереживання. Травма стає несумісною з життям цивілізованої людини, в результаті чого психічне життя переходить до мінімальних та стереотипних реакцій, що найбільш виражені у втраті смислів.

Для роботи в групі учасники, якої пережили травми в періоді молодості, внаслідок яких виникли порушення функцій опорно-рухового апарату, керівнику групи потрібно не лише бути емпатійним, контенуючим, підкріплюючим, а потрібно мати потужний внутрішній ресурс любові, тому що контенувати груповий біль надзвичайно складно. У груповому процесі виникає біль не лише психічний, але й як відображення фізичної травми.

На перших етапах роботи з травмою важливо забезпечити стійкі межі. При роботі з психічною травмою основним є створення безпечного місця (постійність місця проведення групи, чіткість у призначеному часі групової роботи, відсутність сторонніх при проведенні групи та інше), тому що порушується базова довіра, утворення ранніх етапів розвитку.

У розмові з молоддю з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату було зрозуміло, що більшість з них набули інвалідності внаслідок автокатастроф, тобто мова йде про порушення безпеки на всіх рівнях

(фізичному, психологічному, порушення особистих прав), зокрема порушення цілісності тіла. Для встановлення контакту та відновлення внутрішнього почуття безпеки необхідно дотримуватися правил групової роботи: місце проведення та час – незмінні, група болісно реагує на відсутність когось з учасників. У випадку пережитої втрати близьких можливе явище ретравматизації, тому необхідно обговорювати тему відсутності учасників, переживання, які виникають у такій ситуації.

Під час розповіді учасників про саму травматичну ситуацію важливим є контенуюча здатність терапевта та групи. Важливим у роботі є те, що травматичні спогади одного з учасників можуть спровокувати спогади в інших учасників групи, що створює репрезентацію групової травми. З одного боку, група наділена здатністю до контенування, а з іншого, переживання групової травми вимагає від аналітика внутрішньої стійкості, співпереживання та достатності внутрішнього ресурсу, щоб витримувати психічний біль групи.

Поняття травми в психоалітичній літературі застосовується для позначення будь-якого переживання, яке викликає нестерпні душевні страждання.

Травма, як уже зазначалося, руйнує вироблені впродовж життя механізми психічного захисту, людина може втратити сенс життя, і саме тому на другому етапі роботи з травмою основним терапевтичним завданням стає поступове відновлення нормальних психічних захистів з наступним переходом до відновлення сенсів життя (які на попередньому етапі, зазвичай, заперечуються).

Важливо зазначити, що переживання травми, в поєднанні з втратою фізичних функцій, є пусковим механізмом для процесів горювання. Динаміка процесів горя описана в роботі Е. Кюблер-Росс [395] та інших науковців, зокрема виокремлено кілька послідовних фаз переробки власного горя:

Фаза «завмирання», яка триває від декількох годин до тижня та супроводжується інтенсивними переживаннями страждань та гніву. Дж.Боулбі при описі зазначеної фази зазначав, що у людей при переживанні зазначеної фази виникав шок навіть у тих випадках, коли ситуація втрати не була неочікуваною.

В зазначеній фазі прослідковується феномен заперечення, тому що перша реакція на неочікувану психічну травму і поведінково, і навіть вербально, зазвичай, виражається формулою «Ні, цього не може бути!». Деякі з досліджуваних Дж.Боулбі не виявляли ніяких переживань, про що говорили, що уникають своїх переживань, оскільки бояться, що не впораються з ними та «збожеволіють». Важливо зазначити, що сама травма або повідомлення про неї, зазвичай, достатньо невиразно представлені у пам'яті [39; 383].

Р. Дарлінг, М. Селігман, Е. Кюблер-Росс вказану фазу назвали «запереченням» і зазначили, що основне її завдання відгородити свідомість від надзвичайної тривоги. На початковому етапі заперечення має корисну роль, пом'якшує удар, проте в подальшому можуть виникнути труднощі, оскільки неприйняття реальності погіршує загальний психічний стан та перешкоджає виробленню адаптаційних механізмів [260; 395].

При спогадах про травматичні події, внаслідок яких молоді люди набули порушення функцій опорно-рухового апарату, важливо не спровокувати ретравматизацію, іти за клієнтом і на такій відстані, яку відзначає сам клієнт. Переважно про травму говорилося мало, між рядками, у вигляді різкого спогаду з минулого (що дещо нагадувало флеш-бек).

2. Фаза «гострої туги та пошуку втраченого об'єкта» з відповідними поведінковими феноменами. Зазначена фаза може тривати кілька тижнів, навіть років. Під час проходження даної фази відбувається усвідомлення реальності втрати, що супроводжується тривогою, хвилюванням, іноді повною зануреністю в думки про втрату та оплакування свого горя в поєднанні з деякими зрозумілими, проте ірраціональними реакціями. Дж. Боулбі зазначав, що вказані явища не є патологічними і повинні розглядатися як звичайні особливості суму. [239; 260].

Також Дж.Боулбі відзначив рухове перезбудження, безупинні думки про втрачений об'єкт та пов'язані з ним предмети, внутрішні і навіть зовнішні звернення до його повернення, що супроводжуються плачем, гнівом [39]. У випадку з молодими людьми з набутими обмеженнями життєдіяльності

зазначеним об'єктом є фізичний образ себе, бажання повернути втрачену функцію.

Особливе значення має переживання гніву, який спрямовується, зазвичай, на родичів, священнослужителів, лікарів, різних держслужбовців та інших. Ми можемо пригадати з попереднього матеріалу сесій, що саме гнів та почуття несправедливості були спрямовані на осіб, які не виконували належним чином свої обов'язки, можна вважати їх індикаторами другої описуваної нами фази переробки травми. За результатами емпіричного експерименту дисертаційного дослідженнями, також маємо підтвердження вищезазначеного, тобто подальша робота має бути спрямована на контенування гніву та переведення групи на наступну фазу опрацювання травматичного досвіду.

Варто зауважити, що у класифікації Е. Кюблер-Росс назвала зазначену фазу – «гнів», при описі якої, зазначила, що гнів має катарсисний характер, тобто він надає того імпульсу, який надасть можливість вирватись із складного, зануреного не тестуючого реальність стану [395].

Під час проходження зазначеної фази є ризик виникнення надмірного почуття провини, що є дуже тривожним симптомом і може спровокувати розвиток психічного захворювання.

3. Фаза «дезорганізованості та відчаю», її психічний зміст розкритий у назві. Е. Кублер-Росс зазначену фазу називає «депресія», вказуючи на те, що це може бути перехідним періодом до прийняття травми. Е. Ільїн, характеризуючи зазначений період, вказував на ризик виникнення безсоння, втрати апетиту, розвиток слабкості, спустошеності. Виникає втрата зацікавленості у звичних заняттях [102].

Під час групової роботи було встановлено, що більшість учасників групи дуже важко переживали зазначену стадію прийняття набуття втрати функцій опорно-рухового апарату. У деяких спостерігалися важкі депресивні стани, з якими вони залишалися наодинці. Деякі зверталися за допомогою до психологів і мали позитивну динаміку.

Оскільки група в своїй роботі перебувала переважно на стадії «агресії», то важливим моментом було проведення групи саме через «депресивну» фазу. Сум заважав молодим людям брати участь у будь-якій активності, забирав багато вітальної (життєвої) енергії. Проте адаптивна здатність групи дала змогу концентувати ці непрості переживання.

2. Фаза «реорганізації», тобто адаптації до життя, або в більш складних випадках до існування без втраченого об'єкта. Під час цієї фази відбувається відхід від пригніченого стану. Проте, варто зауважити, що набуття обмежень життєдіяльності змінює життя людини і постійно створює нові фрустуючі ситуації, які повертають переживання молоді людини до травматичного досвіду. Велике значення в подоланні описаних стадій подолання травматичного досвіду належить громадським та професійним об'єднанням, бо лише за умови підтримки соціального оточення та постійного (пожиттєвого) реабілітування можливе повернення до звичного перебігу життя.

Професійна адаптація. Творчість.

Під час участі у психотерапевтичній групі молоді люди брали участь у проекті по працевлаштуванню та соціально-психологічному супроводу молоді з обмеженнями життєдіяльності. Виникало багато тривоги стосовно вибору місця для працевлаштування, були сумніви, про які молоді люди говорили в групі. На початку роботи у більшості учасників встановлювалися переважно непогані стосунки з роботодавцями та колегами, хоча було відчутне відокремлення від колег. В однієї з учасниць відбулося різке погіршення здоров'я, і вона відмовилася від роботи.

З одного боку, всі молоді люди під час переходу до трудової діяльності відчують складності, проте молодь з обмеженнями життєдіяльності потребує особливої уваги та супроводу. Необхідно зважати на умови праці, техніко-середовищні особливості робочого місця, періоди праці і відпочинку, що може викликати роздратування і навіть «заздрість» колег. Важливо враховувати особливості розвитку трудового колективу та його зрілість. Молоді люди з обмеженнями життєдіяльності, роблячи перші кроки до працевлаштування,

долають цілий ряд перешкод, у тому числі власні внутрішні переживання (страх, тривога, можливі випадки панічних атак та інше), і несприятливе соціальне середовище може ускладнити зазначений процес і призвести до замкнутості і відкритого опору та небажання здійснювати професійну діяльність [340; 401].

Варто зазначити, що робота над власними переживаннями, долання опору та страхів, які відбуваються під час психотерапевтичної роботи, є важливим підґрунтям для успішної трудової діяльності та налагоджування стосунків у колективі.

Важливе місце в роботі групи та в повсякденному житті молоді з обмеженнями життєдіяльності посідала творчість. При сприянні центрів соціально-психологічної та професійної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю молоді люди брали участь у творчих колективах та займалися творчими, мистецькими видами діяльності (флористика та інше). Варто зауважити, що травматичне переживання забирає значну кількість енергії особистості. Травма не дає можливості переживати задоволення, у тому числі естетичне. Зниження інтенсивності переживання травми вивільняє енергію людського потенціалу, у тому числі творчого потенціалу особистості. Отримання задоволення від результатів власної діяльності, в тому числі творчої, – важливе досягнення. Варто зазначити, що не можна позбавитися від травми, так як травматичний досвід вкарбовується у персональну історію життя, проте можна зменшити її силу впливу на людину та знизити внутрішній біль.

Психотерапія молодих ветеранів операції об'єднаних сил з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

За результатами емпіричного дослідження, ветеранам ООС з набутими ПФОРА було запропоновано взяти участь у роботі психотерапевтичної групи. Більшість ветеранів, хоча із невеликим бажанням, проте погодилися. Однак, група не збиралася жодного разу: щоразу приходив один учасник із запитом на індивідуальну роботу.

Враховуючи результати емпіричного експерименту та теоретичного аналізу проблеми особливостей психологічних механізмів соціальної адаптації

ветеранів ООС, встановлено, що ветерани внаслідок травм, пов'язаних з участю у війні та набуття ПФОРА, мають високий рівень травмування, що вплинуло не лише на структурні особистісні зміни, але й спричинило складності у виробленні адаптивних механізмів. Враховуючи комбінований характер травми: набуття ПФОРА, участь у військовому конфлікті та можливі травми особистісного розвитку, психотерапевтичну роботу варто розпочати з індивідуальної роботи [65; 67; 87; 109].

При наданні психологічної допомоги ветеранам учасникам ООС з ПФОРА варто зважати, що, насамперед, фахівцям потрібно буде працювати з опором до проходженням ветеранами психологічного консультування або ж особистісної психотерапії. Незважаючи на цілий ряд несприятливих симптомів (порушення сну, немотивовані спалахи гніву, відчай, депресивний настрій), ветерани важко встановлюють контакт з психологом, і в більшості випадків молоді ветерани погоджуються на психологічну роботу через вмовляння рідних, лікарів, які здійснюють медичний супровід, або ж відповідно до рекомендації соціальних служб та ветеранських громадських об'єднань.

Опір, недовіра та небажання включатися в психологічну роботу може бути демонстрацією внутрішніх переживань ветеранів з ПФОРА, оскільки розчарування і зневіра – це переживання, які переповнюють їх. Набуття ПФОРА докорінно змінює життя ветерана, а належної підтримки від рідних, соціального оточення та держави вони, на їхню думку, що має реальне підґрунтя, не отримують.

Важкість психологічної роботи можна пояснити тим, що ті почуття, які виникли внаслідок участі в бойових діях, настільки важкі та нестерпні, що ветерани надають перевагу тому, щоб їх не згадувати. Психологам варто зважати на те, що відновлення травматичних подій може містити в собі ретравматизацію, і не потрібно підштовхувати ветерана до пригадування травматичних подій. Розповідь про травму повинна виникати в міру готовності клієнта, в той момент психологічної роботи, коли він сам буде до цього готовий. Небажано

коментувати або робити будь-які види інтервенцій, основне при розповіді про травматичну подію – це підтримка та емпатійне слухання зі сторони фахівця.

У процесі психологічного консультування або особистісної психотерапії психолог може зустрітися з складними особистісними переживаннями ветерана, парадигма яких варіює від гордості до сорому, від страху до ненависті, у випадках набуття ПФОРА має місце сильний пригнічений стан та розпач. Якщо фахівець має внутрішні ресурси контенувати афективні реакції ветерана, то сила їх прояву з часом знижується і вони не зможуть впливати на особистість ветерана. Варто розуміти, що жахіття перенесених військових подій поєднуються з унікальним військовим досвідом братерства, взаємопідтримки та взаємодії, який не відтворюється в умовах мирного життя. Складність адаптування молодих ветеранів в умовах мирного життя полягає в тому, що їм необхідно підлаштуватися до умов конкурентного, жорстокого сьогодення і взаємодіяти з людьми, які не мають такого досвіду, який отримали ветерани.

Особливе значення мають психологічні та психотерапевтичні техніки роботи зі снами. Значна частина ветеранів із ПФОРА мають порушення сну. Вони можуть прокидатися серед ночі від жахів, які можуть бути відтвореннями спогадів про військові події, іноді є складності з засинанням. Важливо розпізнати емоційні переживання, які транслює несвідоме, та вловити психічний зміст сучасних подій, що можуть запускати травматичні реакції.

Особливо значущою є тема взаєностосунків з рідними, особливо з членами подружжя. З набуттям ПФОРА змінюється роль ветерана в родині, особливо важко у тих випадках, коли члени сім'ї самі важко переживають набуття інвалідності чоловіка (дружини), батька (матері) і не можуть стабілізувати порушений баланс в родині. Звернення до системно-сімейних психотерапевтів надає можливість гармонізувати стосунки та спрямувати їх розвиток у площину гармонізації та прийняття членами подружжя.

Особливості групової психологічної роботи з ветеранами ООС з набутими ПФОРА представлені у таких основних положеннях [239; 394; 406]:

Відновлення переживання безпеки. При роботі з психічною травмою (травма участі у військових діях та травма набуття обмежень життєдіяльності) ветеранів ООС основне в психологічній допомозі – це створення безпечного місця, оскільки травма війни та набуття ПФОРА сильні у своєму прояві: порушується утворення ранніх етапів розвитку – основна довіра до світу. Важливо відновити довіру, оскільки внаслідок її втрати відчувається безпорадність, знижується відчуття групової ідентифікації, втрачається внутрішній баланс.

До засобів створення безпечних стійких меж психологічної роботи належать: чітко призначений час, вимога не запізнюватися на групову роботу, місце проведення психологічної допомоги не змінюється, конфіденційність, якщо це групова робота, то кількість та склад учасників не змінюється.

Створення чіткості та постійності у роботі групи дозволить вмещувати пережитий воїнами хаос війни, що буде поставати у розповідях, спогадах у вигляді снів та фантазій. Групова робота може відтворити відчуття зовнішньої стабільності, що згрупує переживання внутрішнього хаосу у стійкі межі. Ми не можемо спрогнозувати того, що травма зникне, проте в груповій роботі можливе зниження сили психічного болю.

Травма війни, зокрема участь у військових діях, впливає на особистісну структуру молодого ветерана, набуття ПФОРА або інших обмежень життєдіяльності впливають на стійкий базисний конструк Я-концепції – Я-фізичне, при зміні якого виникає трансформація образу себе, своєї тілесної цілісності та в цілому уявлення про себе. Молодому ветерану з набутими ПФОРА необхідно виробити нові життєві стратегії, так як докорінно змінюється його побут, здоров'я, навіть навички самообслуговування. Залучення ветеранів ООС до системи комплексного соціального реабілітування з належним соціально-психолого-медичним супроводом допоможе вирішити цілий ряд складних і водночас важливих завдань.

Позитивним досвідом нашої країни є участь молодих ветеранів з обмеженнями життєдіяльності у спортивних змаганнях, зокрема в Іграх

Нескорених (міжнародні спортивні змагання в паралімпійському стилі, засновані принцом Гаррі, в яких беруть участь поранені військовослужбовці).

Важливо зазначити, що когнітивна сфера також зазнає вагомого негативного впливу, більшість ветеранів повідомляють про розпад спогадів, особливо прикро, що зникають позитивні, добрі переживання періоду до участі у війні. Зазначений розпад знищує ресурсний, емоційно позитивний досвід дитинства та юності, і виникає переживання спустошеності та відчаю.

Психологічну роботу потрібно спрямовувати на зцілення – створення нової особистості з переробленим травматичним досвідом. «Рубець» від травми залишиться на все життя, проте людина набуде нового досвіду взаємодії, життя та стосунків.

При психологічній та психотерапевтичній роботі з травматичним досвідом застосовується досвід подолання травматичного досвіду, що дійшов до нас через покоління – переживання та долання травматичного досвіду спостерігається у народних казках та переказах, легендах, міфах, і зокрема у народних традиціях та ритуалах.

Ритуали – стійкі до травми, вони зберігають трансгенераційний досвід поколінь. До ритуалів опрацювання втрати належать: поховання, поминання, оплакування, збереження світлої пам'яті про померлих у дні Христового Воскресіння – Великодня. Молодь, учасники ООС, оплакують побратимів, на жаль, оскільки військові дії тривають і воїни гинуть, то біль, втрата, відчуття несправедливості не згасають [328].

При роботі з трансгенераційною (міжпоколінною) передачею досвіду подолання психічної травми застосовуються легенди та перекази українського народу, в яких феномен українського козацтва містить у собі потужний національний образ сили українських воїнів (наприклад, козак Мамай – образ українського козака, що символізує духовну силу воїна).

У психологічній роботі формуються нові значення суспільної взаємодії ветеранів ООС з набутими ПФОРА. Соціальна перебудова відбувається у створенні нових соціальних зв'язків, у реалізації основних соціальних ролей.

Ефективними в роботі з військовослужбовцями є групові методи надання психологічної допомоги. Групи ветеранів, учасниками яких є лише учасники військових дій, зарекомендували себе як ефективні методи психокорекції у всьому світі. Ветеранські психологічні та психотерапевтичні групи надають можливість відчувати спорідненість, відчуття того, що все пережите у військових діях є спільним для всіх учасників, можна відчувати підтримку від людей, які пережили схожі події. У більшості випадків керівниками таких груп стають також ветерани, які після повернення із зон військових конфліктів здобували спеціальну освіту для допомоги своїм побратимам. У сучасних світових практиках починає набувати поширення метод комбінованих психологічних груп, у яких учасникам, які пройшли курс психологічної підтримки в ветеранських групах, для покращення соціальної адаптації до умов мирного життя пропонується пройти курс психологічної допомоги з учасниками, які не брали участі у військових діях, проте також мають потребу в психологічній підтримці.

Важливе місце в психологічній роботі має переживання справедливості. В українському фолклорі, особливо починаючи з періоду козаччини, у казках, легендах, переказах та інших його видах добро долає зло. Для людини важливим є усвідомлення того, що за несправедливість, злочини, порушення особистих свобод відповідатимуть, що зазначені дії припиняться і винні понесуть покарання. Оскільки війна на території України триває, збільшується кількість загиблих та поранених, а «агресор» не припиняє своїх дій, незважаючи на думку цивілізованого світу, то складно опрацьовувати переживання справедливості.

Повернення до умов мирного життя потребує відновлення турботи про психологічне здоров'я ветерана. Важливо відновити або сформувати вміння піклуватися про себе, свій простір (психологічний, житловий та інші), своє здоров'я, особистісне зростання. Основні складові піклування про себе: здоров'я, харчування, медичний контроль, дозвілля, саморозвиток, взаємодія з оточуючими, професійний розвиток, гармонійні сімейні стосунки.

Важливо, щоб ветерани ООС з набутими ПФОРА мали можливість отримувати компетентну психологічну та психотерапевтичну допомогу, були

залучені до системи комплексного соціального реабілітування. На державному рівні впроваджуються програми соціально-психологічної реабілітації, в межах яких, переважно, здійснюється психологічний супровід та психотерапія, проте створення спеціалізованих центрів соціально-психологічної реабілітації ветеранів ООС та членів їх сімей вирішило б ряд необхідних завдань зазначеного супроводу і надало б можливість здійснювати безперервність надання реабілітаційних послуг [328].

Таким чином, представлена система психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА за допомогою підбору засобів психокорекційного впливу: індивідуального, телефонного, із застосуванням інтернет-ресурсів консультування, груповою та індивідуальною психотерапією, – вирішує поставлені завдання і здійснює вплив на всі досліджувані психологічні механізми соціальної адаптації молоді з ПФОРА: емоційно-афективний (з похідними дезадаптивним, емоційно-компромісним та адаптивно-раціональним факторами); поведінковий (з похідними пристосувальним та емоційно-компромісним факторами); пізнавальний (з похідним адаптивно-раціональним фактором); комунікативний (з похідним пристосувальним фактором); мотиваційно-вольовий (з похідним емоційно-компромісним фактором). Обґрунтування вибору зазначених засобів полягає у тому, що саме описані психологічні та психотерапевтичні засоби впливу на особистість є відповідними для зміни компонентного складу таких глибинних особистісних структур молоді з ПФОРА, як психологічні механізми соціальної адаптації.

5.3. Оцінка ефективності системи психокорекції психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Проблема соціальної адаптації є актуальною у сучасному перехідному, кризовому періоді розвитку держави для всіх її мешканців, особливо для осіб з обмеженнями життєдіяльності. Молодь з ПФОРА відчуває складність у соціальній адаптації, що потребує розробки психокорекційних програм, спрямованих на формування адаптивних стратегій емоційно-афективного, комунікативного, пізнавального, поведінкового та мотиваційно-вольового психологічних механізмів соціальної адаптації. Впроваджена система психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА із застосуванням просвітницьких заходів та індивідуальних і групових видів психокорекційної роботи, зокрема консультативної та психотерапевтичної роботи, дозволяє здійснювати комплексний вплив на особистість молоді з обмеженнями життєдіяльності, охоплюючи не лише внутрішні структурні утворення, але й за допомогою групової психотерапії вирішувати проблеми міжособистісної взаємодії та проблем соціального адаптування в цілому. Отриманий досвід психологічної та психотерапевтичної роботи інтеріоризується молоддю з ПФОРА і в подальшому буде застосовуватися в повсякденному житті при вирішенні важливих завдань професійного становлення, створення сімейних стосунків, самопізнання та саморозвитку.

У формувальному експерименті взяли участь 78 осіб. За діагностичними показниками вибірка була поділена на дві групи, одну з яких склала експериментальна група молоді з ПФОРА (40 осіб), яка брала участь у психокорекційних заходах, а другу – контрольна група молоді з ПФОРА (38 осіб), яка не брала участі у пропонованих психокорекційних заходах. У просвітницькій та психокорекційній частинах психокорекційної системи брала участь молодь з вродженими порушеннями ПФОРА (16 осіб), молодь з набутими ПФОРА (13 осіб) та ветерани ООС з набутими ПФОРА (11 осіб). Досліджувані контрольної групи – молодь з вродженими порушеннями ПФОРА (15 осіб),

молодь з набутими ПФОРА (14 осіб) та ветерани ООС з набутими ПФОРА (9 осіб) не брали участі у зазначених психокорекційних заходах, дослідження показників їх психологічних механізмів соціальної адаптації необхідне для визначення наявності статистично значущих відмінностей, що можуть бути зумовлені динамічними віковими, соціальними та іншими чинниками.

Тривалість формувального експерименту становила 2 роки (просвітницький блок та блок психокорекційної роботи), тривалість психокорекційних заходів: індивідуальної (психологічне консультування, індивідуальна психотерпія) та групової (групова психотерапія) психокорекції – 1 рік, середня частота відвідування психокорекційних заходів – один раз на тиждень.

Для перевірки ефективності системи психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА було проведено дослідження до та після участі досліджуваної молоді з ПФОРА в психокорекційній системі та молоді з ПФОРА, яка не брала в ній участі. Загальний обсяг експериментальної групи – 40 (n_1), контрольної – 38 (n_2). Для перевірки статистичної гіпотези у даному випадку ми застосовували t – критерій Стьюдента з 96 ступенями волі для показника адаптивності. Рівень значущості експериментальної групи $p \leq 0,1$ при теоретичному значенні 1,68-2,02; рівень значущості $p \leq 0,05$ при теоретичному значенні 2,02-2,70; рівень значущості $p \leq 0,01$ при теоретичному значенні 2,70-3,55. Рівень значущості контрольної групи $p \leq 0,1$ при теоретичному значенні 1,70-2,04; рівень значущості $p \leq 0,05$ при теоретичному значенні 2,04-2,75; рівень значущості $p \leq 0,01$ при теоретичному значенні 2,75-3,65.

При порівнянні показників психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА до та після їх участі у комплексних системних заходах психокорекції були виявлені відмінності майже за всіма досліджуваними шкалами, проте статистично значущі відмінності виявлені за такими досліджуваними особливостями (Таблиця 5.1., Таблиця 5.2, Таблиця 5.3.):

Виявлені статистично значущі зміни у показниках соціально-психологічної адаптації (Таблиця 5.1.), зокрема знизився рівень дезадаптованості ($t = -1,852$; $p \leq 0,1$), неприйняття інших ($t = -2,688$; $p \leq 0,05$) та підлеглості ($t = -1,724$; $p \leq 0,1$)

(методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда). Тобто варто зауважити, що після участі у пропонованій психокорекційній системі у досліджуваної молоді знизилися прояви незрілості особистості, прагнення бути залежним та підпорядкованим комусь, відсторонення від оточуючих.

Таблиця 5.1.

Ефективність практичної реалізації системи психокорекції за методикою соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Д. Даймонда молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Показники соціально-психологічної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату	t-критерій Стьюдента	
	ЕГ	КГ
Адаптованість	-0,21	0,346
Деадаптованість	-1,852*	0,190
Прийняття себе	0,59	0,020
Неприйняття себе	-1,001	0,495
Прийняття інших	0,169	0,124
Неприйняття інших	-2,688**	0,851
Підлеглість	-1,724*	-0,372

Примітка. Умовні позначення: 1) ЕГ – експериментальна група, КГ – контрольна група; 2) позначка * вказує на рівень значущості $p \leq 0,1$; позначка ** вказує на рівень значущості $p \leq 0,05$.

Варто зазначити, що показник деадаптованості за результатами емпіричного дослідження увійшов до «Деадаптивного» фактора, що розкривається у поєднанні зазначеного показника з агресивно-тривожно-деадаптивними емоційними станами.

У компонентному складі Я-концепції молоді з ПФОРА також відбулися зміни (Таблиця 5.2.), що вказує на глибинні зрушення, що відбулися внаслідок дії психотерапевтичних засобів впливу.

Таблиця 5.2.

Ефективність практичної реалізації системи психокорекції за методикою дослідження особливостей Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату І. Чухрій

Компоненти Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату	t-критерій Стьюдента	
	ЕГ	КГ
Я-фізичне	-2,821***	-0,629
Я-психічне	6,633	-0,535
Я-професійне	5,873	-0,343
Я-сімейне	-4,931	-0,453
Я-учнівське	-2,852***	-0,365

Примітка. Умовні позначення: 1) ЕГ – експериментальна група, КГ – контрольна група; 2) позначка * вказує на рівень значущості $p \leq 0,1$; позначка ** вказує на рівень значущості $p \leq 0,05$, позначка *** вказує на рівень значущості $p \leq 0,01$.

Встановлено, що після участі у психокорекційних заходах, у молоді з ПФОРА відбувся помітний зсув у сторону стабілізації Я-концепції, тобто пропорційності її складових компонентів, що відбулося за рахунок змін, які підтверджені статистично, у Я-фізичне ($t = -2,821$; $p \leq 0,01$) та Я-учнівське ($t = -2,852$; $p \leq 0,01$) (дослідження особливостей Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. І.Чухрій). Важливо зазначити, що вказані компоненти не займають провідної позиції у структурі Я-концепції молоді з типовим розвитком. І за результатами факторизації даних дослідження молоді з типовим розвитком у «Я-орієнтованому» факторі провідне місце зайняли саме Я-сімейне, Я-психічне та Я-професійне, а Я-фізичне зайняло п'яте місце за значущістю.

Були виявлені статистично значущі зміни у компонентному складі психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА (Таблиця 5.3.).

Таблиця 5.3.

Ефективність практичної реалізації системи психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Психологічні механізми соціальної адаптації молоді з ПФОРА	Емоційно-афективний психологічний механізм соціальної адаптації						
		<i>Емоційний механізм /адаптивна стратегія</i>	<i>Емоційний механізм за Хеймом</i>	<i>Рівень депресивності</i>	<i>Тривожність (ОТ)</i>	<i>Непряма агресія</i>	<i>Підозрілість</i>
	ЕГ	1,731*	1,758*	-2,278***	-1,731*	2,17**	-1,725*
	КГ	-0,471	0,852	0,142	0,226	0,042	0,940
		<i>Роздратування</i>	<i>Провина</i>	<i>Емоційний дискомфорт</i>	<i>Фізична агресія</i>	<i>Негативізм</i>	<i>Образа</i>
	ЕГ	-2,387**	-2,258**	-1,548	1,3228	1,077	0,443
	КГ	1,099	0,162	0,424	0,375	-0,300	0,643
	Комунікативний психологічний механізм соціальної адаптації						
		<i>Комунікативний механізм /дезадапт. стр</i>	<i>Суперництво</i>	<i>Товариськість</i>	<i>Нетовариськість</i>	<i>Залежність</i>	<i>Незалежність</i>
	ЕГ	-1,771*	1,725*	1,724*	-3,191***	-1,755*	1,755*
	КГ	-0,343	0,271	-0,069	0,171	-0,056	0,537
	Поведінковий психологічний механізм соціальної адаптації						
		<i>Поведінковий механізм/ дезадапт. стр.</i>	<i>Поведінковий механізм за Хеймом</i>	<i>Уникання</i>	<i>Суперництво</i>	<i>Співпраця</i>	<i>Пристосування</i>
	ЕГ	-2,063**	2,821***	1,725*	1,725*	0,627	-0,197
	КГ	0,127	0,527	0,424	0,271	0,435	0,544
	Пізнавальний психологічний механізм соціальної адаптації						
		<i>Пізнавальний механізм/ адапт. стр.</i>	<i>Пізнавальний механізм/ дезадапт. стр.</i>	<i>Когнітивний механізм за Хеймом</i>	<i>Ескапізм</i>	<i>Раціоналізація</i>	
	ЕГ	1,725*	-2,4**	1,758*	-0,888	-2,87***	
	КГ	0,596	-0,752	0,527	0,198	0,472	
	Мотиваційний психологічний механізм соціальної адаптації						
		<i>Мотиваційний механізм/ адапт. стр.</i>	<i>Мотиваційний механізм/ дезадапт. стр.</i>	<i>Внутрішній контроль</i>	<i>Зовнішній контроль</i>	<i>Прийняття боротьби</i>	<i>Неприйняття боротьби</i>
	ЕГ	1,758*	-1,27	1,774*	-1,012	1,974*	3,228***
	КГ	-0,53	0,272	0,546	0,209	0,055	0,499
	Механізми психічного захисту						
		<i>Заміщення</i>	<i>Регресія</i>	<i>Компенсація</i>	<i>Гіперкомпенсація</i>	<i>Витіснення</i>	<i>Проекція</i>
	ЕГ	-3,282***	-2,376**	-1,731*	-1,918**	2,278**	-3,135***
	КГ	0,578	0,499	0,595	0,111	0,274	0,968

Примітка. Умовні позначення: 1) ЕГ – експериментальна група, КГ – контрольна група; 2) позначка * вказує на рівень значущості $p \leq 0,1$; позначка ** вказує на рівень значущості $p \leq 0,05$, позначка *** вказує на рівень значущості $p \leq 0,01$.

При дослідженні емоційно-афективного психологічного механізму соціальної адаптації виявлені такі зміни після участі молоді у системі психокорекції: підвищення показників за шкалами адаптивних стратегій емоційно-афективного психологічного механізму ($t = 1,731$; $p \leq 0,1$), емоційного копінг-механізму ($t = 1,758$; $p \leq 0,1$) та непрямой агресії ($t = 2,17$; $p \leq 0,05$). Знизилися показники за шкалами: депресивність ($t = -2,278$; $p \leq 0,05$), особистісна тривожність ($t = -1,731$; $p \leq 0,1$), підозрілість ($t = 1,725$; $p \leq 0,1$), роздратування ($t = -2,387$; $p \leq 0,05$), провина ($t = -2,258$; $p \leq 0,05$).

Тобто запропонована система ефективна у стабілізації емоційно-афективних психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА, оскільки змінилися показники негативних емоційних особистісних властивостей.

Похідними від емоційно-афективного психологічного механізму факторами були дезадаптивний, емоційно-компромісний та адаптивно-раціональний, відповідні зазначені у формульованому дослідженні статистичні зміни вказують на можливі зміни у складових зазначених факторів.

За результатами дослідження комунікативного психологічного механізму соціальної адаптації молоді з ПФОРА після участі у запропонованій системі, встановлено, що є статистичні відмінності за шкалами: товарицькість ($t = 1,724$; $p \leq 0,1$), незалежність ($t = 1,755$; $p \leq 0,1$), суперництво ($t = 1,725$; $p \leq 0,1$), що вказує на розвиток зазначених особливостей у молоді з ПФОРА та більш активної позиції в комунікації з оточуючими. А також наявне зниження прояву дезадаптивних стратегій комунікативного психологічного механізму ($t = -1,771$; $p \leq 0,1$), нетоварицькості ($t = -3,191$; $p \leq 0,01$) і залежності ($t = -1,755$; $p \leq 0,1$), що є логічно пов'язаним з підвищенням попередньо описаних показників.

Варто зауважити, що складові комунікативного механізму увійшли за результатами констатувального дослідження до складу пристосувального фактора, і зазначені зміни показників можуть позитивно вплинути на вказаний фактор.

Показники поведінкового психологічного механізму, що також увійшли до пристосувального фактора структури молоді з ПФОРА у констатувальному дослідженні, також набули статистичних відмінностей: підвищилися прояви поведінкових копінг-механізмів ($t = 2,821$; $p \leq 0,01$), стратегії уникання ($t = 1,725$; $p \leq 0,1$) та суперництва ($t = 1,725$; $p \leq 0,1$), знизилися дезадаптивні стратегії поведінкового психологічного механізму ($t = -2,063$; $p \leq 0,1$). Можна припустити, що адаптивні стратегії психологічних механізмів молоді з ПФОРА розвиваються все ж таки через нералізоване суперництво та уникаючу позицію, яка характерна у випадку неможливості реалізувати свою позицію, що потребує подальшої психологічної роботи.

Змінилися показники за пізнавальним механізмом: підвищилося значення адаптивних стратегій пізнавального психологічного механізму ($t = 1,725$; $p \leq 0,1$) та когнітивних копінг-механізмів ($t = 1,758$; $p \leq 0,1$), в свою чергу знизилися прояви дезадаптивних стратегій зазначеного психологічного механізму ($t = -2,4$; $p \leq 0,1$) та раціоналізація ($t = -2,87$; $p \leq 0,01$). Можна припустити, що зазначені зміни відбулися і в адаптивно-раціональному факторі, що знизило б адаптацію молоді з ПФОРА виключно через механізми психологічного захисту.

У показниках мотиваційно-вольового психологічного механізму така специфіка: підвищилися адаптивні ($t = 1,758$; $p \leq 0,1$) стратегії зазначеного психологічного механізму, підвищилися – внутрішній контроль ($t = 1,774$; $p \leq 0,1$), прийняття боротьби ($t = 1,974$; $p \leq 0,1$) та значущим стало неприйняття боротьби ($t = 3,228$; $p \leq 0,01$), що вказує на необхідність подальшої психокорекційної роботи в зазначеному напрямку.

Відбулися статистичні зміни у значеннях механізмів психологічного захисту. Підвищилися показники за шкалою витіснення ($t = 2,278$; $p \leq 0,05$), у молоді з типовим розвитком – це основний захисний механізм, та знизилися показники за шкалами заміщення ($t = -3,282$; $p \leq 0,01$), регресія ($t = -2,376$; $p \leq 0,05$), компенсація ($t = -1,731$; $p \leq 0,1$), гіперкомпенсація ($t = -1,918$; $p \leq 0,1$), раціоналізація ($t = -2,87$; $p \leq 0,01$) та проекція ($t = -3,135$; $p \leq 0,01$).

У молоді з ПФОРА, які не брали участі у системі психокорекції психологічних механізмів соціальної адаптації, статистично достовірних значущих змін не виявлено (Таблиця 5.1., Таблиця 5.2., Таблиця 5.3.), що підтверджує появу статистично значущих змін внаслідок цілеспрямованого корекційного впливу у показниках психологічних механізмів експериментальної групи.

Отже, застосування запропонованої авторської системи психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА вплинуло на формування показників адаптивності та зниження проявів дезадаптивності психологічних механізмів соціальної адаптації.

З вищенаведеного можна зробити висновок про ефективність запропонованої психокорекційної системи та важливість наукового дослідження в цілому.

За результатами формувального експерименту можна стверджувати, що розроблена авторська система психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА в цілому зумовила позитивні зміни у емоційно-афективному, поведінковому, пізнавальному, комунікативному та мотиваційно-вольовому психологічних механізмах, сприяла стабілізації компонентів Я-концепції та знизила рівень прояву соціально-психологічної дезадаптивності. Результати здійсненого психологічного експерименту підкреслюють необхідність і важливість застосування сучасних методів психокорекції, зокрема просвітницьких заходів, індивідуальної та групової психокорекції.

Висновки до розділу 5

1. За результатами констатувального експерименту були визначені особливості дезадаптивних стратегій психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА, що у поєднанні з дисгармонійним компонентним складом Я-концепції спричинюють порушення соціальної адаптації. З метою усунення несприятливих проявів зазначених механізмів була розроблена система

психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА.

Реалізація психокорекційної системи передбачає дотримання загальнодидактичних та спеціальних принципів: комплексності психологічної корекції, єдності діагностики та корекції, принцип особистісно-орієнтованого підходу, нормативності розвитку, діяльності, системно-синергетичний принцип та проектування і моделювання.

Відповідно до основних психокорекційних завдань були скомплектовані засоби психокорекції, що представлені у просвітницькому блоці та блоці психокорекційної роботи. Просвітницький блок складається з лекційних занять, проведення навчальних семінарів, літніх таборів, прес-конференцій та круглих столів, у яких висвітлюють та обговорюються теми, що розкривають специфіку взаєностосунків, професійного становлення та саморозвитку молоді з ПФОРА.

2. Ефективність системи психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА забезпечується підбором методів індивідуальної та групової психокорекції. Вибір представлених у системі методів, а саме індивідуального, телефонного та дистанційного (із застосуванням інтернет-ресурсів) консультування, індивідуальної та групової психотерапії зумовлений необхідністю застосування методів глибинного впливу на особистість для конструктивних змін у стратегіях психологічних механізмів. Завдання застосованих методів психологічної корекції розкриті на рівні впливу на емоційно-афективний, поведінковий, пізнавальний, комунікативний та мотиваційно-вольовий психологічні механізми. При проведенні психологічної роботи важливо зважати на негармонійність розвитку психічного апарату молоді з вродженими ПФОРА, що потребує пророблення ранніх етапів розвитку. При наданні психологічної допомоги молоді з набутими ПФОРА важливою проблемою є переживання травми набуття інвалідності з супутніми психотравматичними наслідками травматичних подій (автомобільних катастроф та інших травматичних подій). Особливої уваги потребує специфіка надання психологічної допомоги ветеранам

ООС з набутими ПФОРА, оскільки набуття обмежень життєдіяльності поєднане з травматичними наслідками участі у військових діях.

3. За результатами формувального експерименту можна стверджувати, що запропонована у дисертаційному дослідженні система психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА в цілому зумовила позитивні зміни у стратегіях психологічних механізмів соціальної адаптації, сприяла стабілізації компонентів Я-концепції та знизила рівень прояву соціально-психологічної дезадаптованості. Після участі у представленій системі виявлені статистичні зміни у показниках соціально-психологічної адаптації: знизився рівень показників дезадаптованості, неприйняття інших та підлеглості; виявлені зміни у компонентному складі Я-концепції молоді з ПФОРА (Я-орієнтований фактор), а саме у показниках Я-фізичного та Я-учнівського. Виявлені статистичні відмінності у показниках емоційно-афективного психологічного механізму (дезадаптивного, емоційно-компромісного та адаптивно-раціонального факторів) – підвищення показників за шкалами адаптивних стратегій емоційно-афективного психологічного механізму, емоційного копінг-механізму та непрямой агресії; знизилися показники за шкалами: депресивність, особистісна тривожність, підозрілість, роздратування, провина. Встановлені відмінності за показниками шкал комунікативного механізму (приспосувальний фактор): зниження прояву дезадаптивних стратегій комунікативного психологічного механізму, нетовариськості і залежності. Виявлені зміни у показниках поведінкового (приспосувального фактора) психологічного механізму: підвищилися прояви поведінкового копінг-механізму, стратегій уникання та суперництва. Спостерігається зниження показників за шкалами: дезадаптивні стратегії поведінкового психологічного механізму; пізнавального механізму (адаптивно-раціонального фактора): підвищилися значення адаптивних стратегій пізнавального психологічного механізму та когнітивних копінг-механізмів, в свою чергу знизилися прояви дезадаптивних стратегій зазначеного психологічного механізму та раціоналізація; мотиваційно-вольового механізму:

підвищилися адаптивні стратегії зазначеного психологічного механізму, підвищилися – внутрішній контроль, прийняття боротьби та значущішим стало неприйняття боротьби. Також відбулися статистичні зміни у показниках механізмів психологічного захисту: підвищилися показники за шкалою витіснення, що притаманне молоді з типовим розвитком, та знизилися показники за шкалами заміщення, регресія, компенсація, гіперкомпенсація, раціоналізація та проекція.

Таким чином, результати формувального експерименту свідчать про ефективність запропонованої системи психокорекції та важливість застосування сучасних методів психокорекції, зокрема просвітницьких заходів, індивідуальної та групової психокорекції.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз наукових джерел та результати системного емпіричного дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату дали підстави для таких висновків:

1. Аналіз сучасних світових і вітчизняних науково-практичних підходів встановив міждисциплінарну парадигму проблеми соціальної адаптації особистості, що розглядається у філософському, соціологічному, психологічному, педагогічному, корекційному аспектах. Соціальна адаптація особистості є активним процесом пристосування людини до соціального середовища, спрямованим на збереження та формування оптимального балансу між її внутрішнім станом і навколишнім середовищем, зазначений процес передбачає засвоєння суспільних відносин, норм поведінки та системи цінностей, що існують у певному суспільстві завдяки матеріальним і духовним компонентам середовища.

Специфіка соціальної адаптації молоді з вродженими ПФОРА полягає в її уповільненому темпі, негармонійному розвитку, потребі спеціалізованого супроводу в межах системи комплексного соціального реабілітування. Соціальна адаптація молоді з ПФОРА ускладнюється несприятливим батьківським ставленням у дитячому віці, несприятливим ставленням соціального оточення, перебуванням у спеціальних закладах загальної середньої освіти інтернатного типу, лікувальних закладах або ж у ізольованій позиції під час індивідуального навчання у закладах ЗСО.

Встановлено, що процес соціальної адаптації молоді з набутими ПФОРА розглядається в двох напрямках: як проходила соціальна адаптація до та після набуття ПФОРА. Набуття ПФОРА викликає у молоді важкі емоційні переживання, зокрема динаміку переживання втрати, а у випадках попередньої ускладненої соціалізації можливе утворення стійких негативних особистісних змін.

Участь молоді у ООС з подальшим набуттям ПФОРА може спричинювати важкі психологічні і, в окремих випадках, психічні зміни, що ускладнюють адаптацію ветеранів до умов мирного життя. Травма ветеранів ООС з набутими ПФОРА має поліфункціональний характер, оскільки на індивідуальну історію розвитку накладається поєднання травми внаслідок участі у військових діях та травма набуття ПФОРА. У складних поєднаннях специфіки індивідуальності особистості та важкості травмування від участі в ООС з подальшою втратою функцій ОРА можливе виникнення ПТСР.

Соціальна адаптація молоді з ПФОРА є висхідною від особистісної структури та сформованих психологічних механізмів, передбачає наявність активних зусиль, спрямованих на досягнення гармонії з навколишнім середовищем, власного розвитку, професійного та особистісного становлення й міжособистісної взаємодії впродовж усього життя, з одного боку, та, відповідно, змін соціального середовища для забезпечення оптимальних умов розвитку, навчання, праці, особистісного розвитку, дотримання прав і свобод молоді з обмеженнями життєдіяльності, з іншого боку, та включенням психологічних компонентів роботи з індивідом до системи комплексного соціального реабілітування.

2. Розроблено структурно-функціональну модель психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА. Психологічні механізми є висхідними від ортогональних конструктів структури особистості молоді з вродженим дизонтогенезом, з набутими та набутими під час участі в ООС ПФОРА, а саме: соціально-психологічного індивідуального виміру, діяльнісного виміру, нозологічного виміру та вікового, генетичного виміру та центральної одиниці моделі – особистісного ядра – Я-концепції особистості молоді з ПФОРА з її складовими компонентами: Я-фізичне, Я-психічне, Я-соціальне (Я-професійне, Я-сімейне, Я-учнівське). Психологічні механізми, в свою чергу, є висхідними із зазначених конструкцій, мають адаптивні та дезадаптивні форми вияву і групуються у такий спосіб: емоційно-афективний, комунікативний, пізнавальний, поведінковий та мотиваційно-вольовий. Зазначені механізми

вступають у двосторонню взаємодію із факторами соціальної адаптації (соціальний, психологічний, андрогогічний, медичний, техніко-середовищний) у безперервній включеності у процес комплексного соціального реабілітування молоді з ПФОРА.

3. Відповідно до структурно-функціональної моделі психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА було визначено модель констатувального дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА, методологічну основу якої склали праці вітчизняних та зарубіжних науковців, що розкрили принципи психодіагностичного дослідження та специфіку дослідження особистості з обмеженнями життєдіяльності.

Було розроблено та впроваджено психодіагностичний інструментарій, який групувався у такий спосіб: дослідження структури Я-концепції молоді з ПФОРА як стрижневого утворення психологічних механізмів соціальної адаптації; дослідження соціальної адаптації молоді з ПФОРА; комплексне дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА; дослідження компонентів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА: поведінкового, комунікативного, емоційно-афективного, мотиваційно-вольового, пізнавального.

Комплекс методів та методик дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА охоплює психометрично перевірені авторські опитувальники: «Дослідження особливостей Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату» для дослідження особливостей компонентного складу Я-концепції досліджуваної молоді та «Діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями опорно-рухового апарату» для дослідження адаптивних та дезадаптивних стратегій емоційно-афективного, комунікативного, пізнавального, поведінкового та мотиваційно-вольового психологічних механізмів молоді з ПФОРА.

4. Результати емпіричного дослідження за участі молоді з ПФОРА свідчать про наявні проблеми соціального адаптування: непрацевлаштовуваність, незважаючи на наявність освітніх показників, відсутність власної сім'ї (окрім

ветеранів ООС); переважання дезадаптивних стратегій емоційно-афективного та комунікативного (ветерани ООС з ПФОРА) психологічних механізмів та механізмів психологічного захисту проєкції та раціоналізації, регресії (у молоді з вродженими ПФОРА), неприйняття (у молоді з набутими та набутими в ООС ПФОРА); виявлено наявність компоненту Я-фізичного, що не притаманно Я-концепції молоді з типовим розвитком.

Емпірично встановлено статистично значущі відмінності у показниках компонентів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з вродженими і набутими ПФОРА та молоді з набутими та набутими під час участі в ООС ПФОРА.

Найбільш суттєвими факторами, що можуть використовуватися при відстеженні рівня адаптації молоді з ПФОРА, є: адаптивні - «Я-орієнтований», «Адаптивно-раціональний» та дезадаптивні - «Дезадаптивний», «Пристосувальний», «Емоційно-компрісний». У залежності від часу виникнення ПФОРА виокремлено такі фактори: у молоді з вродженим дизонтогенезом - «Відчужено-дезадаптивний», «Приймаючо-адаптивний», «Я-орієнтований», «Залежно-раціоналізуючий» та «Інтернально-унікаючий»); у молоді з набутими ПФОРА - «Агресивно-захисний», «Конкурентно-запальний / емоційно-адаптивний», «Когнітивно-поведінково-адаптивний» та «Відчужено-дезадаптивний»); у ветеранів учасників ООС з набутими ПФОРА - «Деструктивно-дезадаптивний», «Приймаючо-співпрацюючий залежний», «Гіперкомпенсаторно-адаптивний».

5. Визначені особливості дезадаптивних стратегій психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА, що у поєднанні з дисгармонійним компонентним складом Я-концепції, спричинюють порушення соціальної адаптації. З метою усунення несприятливих проявів зазначених механізмів було розроблено систему психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА.

6. Спроектвана модель системи психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА охоплює

емоційно-афективний, поведінковий, пізнавальний, комунікативний та мотиваційно-вольовий механізми соціальної адаптації та складається з: етапів реалізації: діагностичного, інформаційно-психологічного, психокорекційного, оцінки ефективності та прогностичного; психокорекційних засобів: просвітницького блоку – лекції, навчальні семінари, літні табори, прес-конференції та круглі столи; блоку психокорекційної роботи – індивідуальної психокорекції (психологічне, телефонне, дистанційне із застосуванням інтернет-ресурсів консультування) та групової психокорекції (групова психотерапія молоді з вродженими, набутими, набутими в ООС ПФОРА). Методологічним підґрунтям розробки системи стали положення особистісно-орієнтованого, системно-синергетичного, діяльнісного, корекційно-педагогічного та психоаналітичного підходів. Втілення системи психокорекції передбачало дотримання загальнонаукових і спеціальних принципів: комплексності психологічної корекції, єдності психодіагностики та корекції, особистісної орієнтованості, нормативності розвитку, каузальності, діяльності, системно-синергетичності, проектування та моделювання. Структура, змістова та організаційна цілісність психокорекційної системи забезпечили активацію особистісних змін молоді з подальшим формуванням адаптивних стратегій психологічних механізмів соціальної адаптації.

6. За результатами формувального експерименту можна стверджувати, що запропонована у дисертаційному дослідженні система психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА в цілому зумовила позитивні зміни у стратегіях психологічних механізмів соціальної адаптації, сприяла стабілізації компонентів Я-концепції та знизила рівень прояву соціально-психологічної дезадаптованості.

Після участі молоді з ПФОРА у представленій психокорекційній системі виявлені статистичні зміни: у показниках соціально-психологічної адаптації - знизився рівень показників дезадаптованості, неприйняття інших та підлегливості; виявлені зміни у компонентному складі Я-концепції молоді з ПФОРА, а саме у показниках Я-фізичного та Я-учнівського; у показниках

емоційно-афективного психологічного механізму – підвищення показників за шкалами адаптивних стратегій емоційно-афективного психологічного механізму, емоційного копінг-механізму та непрямой агресії; знизилася показники за шкалами депресивності, особистісної тривожності, підозрливості, роздратування та провини; відмінності за показниками шкал комунікативного механізму: зниження прояву дезадаптивних стратегій комунікативного психологічного механізму, нетовариськості і залежності; зміни у показниках поведінкового психологічного механізму: підвищилися прояви поведінкового копінг-механізму, стратегій уникання і суперництва та знизилася прояви дезадаптивних стратегій поведінкового психологічного механізму; зміни у показниках пізнавального психологічного механізму: підвищення рівня прояву адаптивних стратегій пізнавального психологічного механізму та когнітивного копінг-механізму, в свою чергу, знизилася прояви дезадаптивних стратегій зазначеного психологічного механізму та раціоналізації; мотиваційно-вольового механізму: підвищилися адаптивні стратегії зазначеного психологічного механізму, підвищилися – внутрішній контроль, прийняття боротьби та значне підвищення, у порівнянні з іншими показниками, неприйняття боротьби; відбулися статистичні зміни у показниках механізмів психологічного захисту: підвищилися показники за шкалою витіснення, що притаманне молоді з типовим розвитком, та знизилася показники за шкалами заміщення, регресії, компенсації, гіперкомпенсації та проекції.

Таким чином, результати формувального експерименту свідчать про ефективність запропонованої системи психокорекції та важливість застосування сучасних методів психокорекції, зокрема просвітницьких заходів, індивідуальної та групової психокорекції.

7. Теоретично обґрунтовано та експериментальним шляхом визначено, що психологічні механізми соціальної адаптації молоді з ПФОРА – це закріплені в психічній організації особистості функціональні способи перетворення, що діють у суб'єктивному просторі та внаслідок дії яких відбувається адаптація особистості до соціального середовища; виокремлено емоційно-афективний,

комунікативний, пізнавальний, поведінковий, мотиваційно-вольовий психологічні механізми соціальної адаптації у їх адаптивному та дезадаптивному виявах.

Доведено, що за своїми узагальнюючими можливостями одержані результати дослідження мають як дефектологічне (корекційно-педагогічне, психологічне, психокорекційне), так і загальнопсихологічне значення, оскільки визначена нами специфіка психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з ПФОРА сприятиме їх цілеспрямованому і планомірному інтегруванню в соціальне середовище.

Проведене дослідження не вичерпує всі аспекти окресленої проблеми. Перспективи подальших досліджень у межах означеної проблеми ми вбачаємо у вивченні ефективних умов особистісної самореалізації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Зважаючи на результати досліджуваної теми, рекомендоване створення на державному рівні спеціалізованих центрів соціально-психологічної реабілітації ветеранів війни та членів їх сімей і розширення компетенцій спеціалістів-психологів зумовлених впровадженням на державному рівні психологічної моделі психотерапії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агеев В. С. Психология межгрупповых отношений. Москва : Издательство Московского университета, 1983. 144 с.
2. Адаптація дитини до школи / упоряд. С. Максименко, К Максименко, О. Главник. Київ : Мікрос – СВС, 2003. 111 с. Психологічний інструментарій.
3. Адлер А. О невротическом характере / пер. с англ. и нем. Санкт-Петербург : Университетская книга ; Москва : Фонд «За экономическую грамотность», 1997. 250 с.
4. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. Москва : Фонд «За экономическую грамотность», 1995. 296 с.
5. Айзенк Г. Ю. Структура личности / пер. с англ. О. Исакова, И. Авидон, О. Шеховцев, А. Шишко. Санкт-Петербург : Ювеста, 1999. 464 с.
6. Александрова Ю. И. Психофизиология : учеб. для вузов. Санкт-Петербург : Питер, 2008. 464 с.
7. Алendarь Н. Соціальна адаптація: теоретичний аспект. *Психолго-педагогічні проблеми сільської школи*. 2009. № 28. С. 85–92.
8. Алёшина Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. Изд. 2-е. Москва : Независимая фирма «Класс», 2007. 208 с. (Библиотека психотерапии).
9. Алексеенко Т. Ф. Соціалізація особистості: можливості і ризики (соціально-педагогічний аспект) : наук.-метод. посіб. Київ : Педагогічна думка, 2007. 152 с.
10. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды. Москва : Педагогика, 1980. Т. 1. 230 с.
11. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания. 2-е изд. Санкт-Петербург : Питер, 2001. 272 с. (Мастера психологии).
12. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. 3-е изд. Санкт-Петербург : Питер, 2016. 282 с.

13. Анзье Дидье. Я-кожа / пер. с фр. под науч. ред. С. Ф. Сироткина, М. Л. Мельниковой. Ижевск : ERGO, 2011. XXXI. 302 с.
14. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. Москва : Медицина, 1975. 477 с.
15. Анохин П. К. Узловые вопросы теории функциональной системы. Москва : Наука, 1980. 197 с.
16. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита. *Психологический журнал*. 1994. № 1. С. 3–18.
17. Бажмін В. Б. Впровадження системи професійної підготовки у реабілітаційний процес підлітків з ПФОРА в центрах соціальної реабілітації. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. Вип. 28. С 9–14.
18. Бакулин В. С., Грецькая И. Б., Петрова В. В. Психология болезни и инвалидности: учеб. пособ. Волгоград : Феникс, 2010. 300 с.
19. Балл Г. М. Понятие адаптации и его значение для психологии личности. *Вопросы психологии*. 1989. № 1. С. 92–100.
20. Бандура А. Теория социального научения. Санкт-Петербург : Евразия, 2000. 320 с.
21. Барсанов В. А. Контент – анализ газетных материалов. *Социологическое исследование*. 2006. № 2. С. 62–64.
22. Бассин Ф. В. О силе Я и психологической защите. *Вопросы философии*. 1969. № 2. С. 118–126.
23. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка : підручник / за ред. А. Й. Капської. Київ : ЦУЛ, 2009. 488 с.
24. Бернс Р. Развитие Я – концепции и воспитание. Москва : Прогресс, 1986. 422 с.
25. Бернштейн Н.А. Биомеханика и физиология движений / под ред. В.П. Зинченко. Москва: Издат-во «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. 608с.

26. Бех І. Д. Духовні цінності в розвитку особистості. *Педагогіка і психологія*. 1997. № 1. С. 124–129.
27. Бион У. Р. Элементы психоанализа. Москва : Когито-Центр, 2009. 127 с.
28. Блос П. Психоанализ подросткового возраста. Москва : ИОИ, 2016. 273 с.
29. Бог дал мне руки. Если бы люди дали мне работу – я бы столько смог сделать! / ред. кол. : Херберт Вольхюттер и др., под. общ. ред. Е. Г. Титовой. Минск : А. Н. Вараксин, 2011. 36 с.
30. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. Санкт-Петербург : Питер, 2008. 398 с. (Мастера психологии).
31. Божович Л. И. Этапы формирования личности в онтогенезе. *Вопросы психологии*. 1979. № 4. С. 23–24.
32. Бойко Е. И. Мозг и психика (Физиология, психология, кибернетика). Москва : Просвещение, 1969. 191 с.
33. Большая энциклопедия психологических тестов / автор-составитель А. Корелин. Москва : Эксмо, 2006. 416 с.
34. Бондар В. І. Диференційоване навчання дітей з особливостями інтелектуального розвитку в закладах загальної середньої освіти. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Київ, 2019. Вип. 13. С. 5–18.
35. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика : учеб. пособие для студ. ст. курсов психол. фак. и отд-ний ун-тов. Киев : Укртехпрес, 1997. 216 с.
36. Бондаренко О. Ф. Психологічна допомога особистості : навч. посіб. для студ. ст. курсів психол. фак. та від-нь ун-тів. Харків : Фоліо, 1996. 237 с.
37. Боровая Л. П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющим тяжело больных детей. *Социально-педагогическая работа*. 1998. № 6. С. 59–63.
38. Боулби Дж. Привязанность. Москва : Гардарики, 2003. 477 с.
39. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. Москва : Академический проект, 2004. 232 с.

40. Бочелюк В. Й. Психологія людей з обмеженими можливостями : навч. посіб. для студ. вузів. Київ : ЦУЛ, 2011. 264 с.
41. Бурлачук Л. Ф. Психодіагностика : учеб. для вузов. Санкт-Петербург : Питер, 2006. 351 с.
42. Бурлачук Л., Кочарян А., Жидко М. Психотерапія: учебник для вузов. СПб.: Питер, 2003. 472 с.
43. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Військовий синдром АТО: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні. Зб. наук. пр. Харківського національного університету Повітряних сил. Харків, 2015. № 2 (43). С. 176–181.
44. Варій М. Й. Психологія особистості: навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 592 с.
45. Василюк Ф. Е. Психологія переживання: анализ преодоления критических ситуаций. Москва : МГУ, 1984. 200 с.
46. Васьківська С. В. Соціально-психологічний супровід клієнтів: технологія ведення консультативного діалогу : навч. посіб. Київ : В. Главник, 2006. 128 с.
47. Вачков И. В. Психология тренинговой работы: содержательные, организационные и методические аспекты ведения тренинговой группы. Москва: Эксмо, 2007. 416 с.
48. Винникот Д. В. Маленькие дети и их матери / пер. с англ. Н. М. Падалко. Москва : Независимая фирма «Класс», 1998. 80 с.
49. Витакер Д.С. Группы как инструмент психологической помощи / пер. с англ. В. П. Чурсина. Москва : Независимая фирма «Класс», 2006. 432 с.
50. Вовкан Л., Крась С. Аналіз схем вікової періодизації постнатального онтогенезу людини. *Спортивна наука України*. 2017. № 6 (82). С. 9–17.
51. Волков А. М., Микадзе Ю. В., Солнцева Г. Н. Деятельность: структура и регуляция (психологический анамнез). Москва : Изд-во СГУ, 1987. 215 с.
52. Воложин А. И., Субботин Ю. К. Адаптация и компенсация – универсальный биологический механизм приспособления. Москва : Изд-во

МГУ, 1987. 34 с.

53. Вступ до абілітації та реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності : навчально-метод. посіб. / Л. Б. Лյондквіст та ін. Київ : ГЕРБ, 2007. 288 с.

54. Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6 т. Мышление и речь. Собр. соч.: в 6 т. Т. 2. Москва : Педагогика, 1982. 361 с.

55. Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 5.: Основы дефектологии / под. ред. Т. А. Власовой. Москва : Педагогика, 1983. 368 с.

56. Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 3.: Проблемы развития психики / под. ред. А.М. Матюшкина. Москва : Педагогика, 1983. 368 с.

57. Гаджиева И. М., Никитина Н. Н., Кислинская Н. В. Основы самосовершенствования: Тренинг самосознания. Екатеринбург : Деловая книга, 1998. 144 с.

58. Гальперин П. Я. Происхождение и современное состояние когнитивной психологии. *Вопросы психологии*. 1983. № 3. С.159–161.

59. Гермашева И. В. Педагогические условия реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья. *Начальная школа*. 2008. № 2. С. 11–14.

60. Гимельштейн Е. Э., Мицкевич Л. Н., Ящук Е. С. Реабилитация онкобольного ребенка в детском саду. *Социально-педагогическая работа*. 1998. № 6. С. 41–44.

61. Глоба О. М. Теорія і практика соціалізації осіб із порушеннями опорно-рухового апарату. *Дефектологія. Особлива дитина: навчання і виховання*. 2013. № 4. С. 53–58.

62. Глэддинг С. Психологическое консультирование. 4-е изд. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 736 с.

63. Годлевська В., Гречанюк Н. Соціальна адаптація в умовах трансформаційних процесів у суспільстві. *Освіта регіону: політологія, психологія, комунікації: український науковий журнал*. Київ. 2011. № 4. С.254–257.

64. Гордон Л. А. Социальная адаптация в современных условиях.

Социология. 1994. №8–9. С. 5.

65. Гремлинг С., Ауэрбах С. Практикум по управлению стрессом. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 240 с.

66. Григорьева В. Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли. Нижний Новгород : Изд-во Нижегородской гос. мед. акад., 2004. 6 с.

67. Гримак Л. П. Резервы человеческой психики: введение в психологию активности. Москва : Изд-во МГУ, 1987. 157 с.

68. Гришина Н. В. Психология конфликта. Санкт-Петербург : Питер, 2008. 544 с.

69. Громова О. Н. Конфликтология. Москва : ЭКМОС, 2000. 320 с.

70. Гроф С. За пределами мозга / пер. с англ. Москва : Изд-во Трансперсонального ин-та, 1993. 498 с.

71. Гроф С. Холотропное дыхание: Новый подход к самоисследованию и терапии. Москва : Издательский дом «Ганга», 2013. 352 с.

72. Групове рандомізоване дослідження стресу в критичних ситуаціях: розбір випадків миротворців США / А. В. Адлер та ін. *Травматичний стрес*. 2008. № 2. С. 253–263.

73. Груповий психоаналіз / за ред. О. Фільца, Р. Гаубля, Ф. Лямотт. Львів. ВНТЛ-Класика, 2004. 192 с.

74. Гуманистическая и трансперсональная психология : хрестоматия / сост. К. В. Сельчак. Минск : Харвест ; Москва : АСТ, 2000. 320 с.

75. Гуменюк О. Є. Спонтанно-духовна організація Я-концепції універсума: лекція. Тернопіль : Економічна думка, 2003. 40 с.

76. Гуревич К. Г. Дифференциальная психология и психодиагностика. Санкт-Петербург : Питер, 2008. 288 с.

77. Гуревич К. М., Борисова Е. М. Психодиагностика. Москва : Изд-во УРАО, 1997. 304 с.

78. Дарвин Ч. Р. Происхождение видов путём естественного отбора, или Сохранение благоприятных рас в борьбе за жизнь / пер. с англ. К. А. Тимирязев,

М. А. Мензбир, А. П. Павлов, И. А. Петровский. Москва : АСТ, 2017. 608 с. (Тайны науки).

79. Дефектологічний словник : навчальний посібник / за ред. В. І. Бондара, В. М. Синьова. Київ : «МП Леся», 2011. 528 с.

80. Джемс У. Психология. Москва : Педагогика, 1991. 368 с.

81. Дзюба Т. М., Коваленко О. Г. Психологія дорослості з основами геронтопсихології : навчальний посіб. для студентів вищих навчальних закладів / В. Ф. Моргуна. Полтава, 2013. 172 с.

82. Дилео Джон. Детский рисунок: Диагностика и интерпретация / пер. с англ. Е. Фатюшиной. 2-е изд., испр. Москва : Апрель Пресс, 2007. 256 с.

83. Дичив Т. Г. Методологические и социальные проблемы адаптации человека : дис. ... канд. психол. наук. Москва : Педагогика, 1973. 201 с.

84. Дмитрієва І. В. Командна взаємодія фахівців у процесі індивідуального супроводу дитини в умовах інклюзивного навчання. *Actual problems of the correctional education*. URL: <http://aqce.com.ua/download/publications/49/45.pdf>

85. Домнич Т. М. Опитувальник на визначення захисних механізмів захисту. *Практична психологія та соціальна робота*. 2001. № 6. С. 18–22.

86. Донченко Е. А., Титаренко Т. М. Личность: конфликт, гармония. Киев : Политиздат Украины, 1989. 175 с.

87. Донченко Е. А. Життєві кризи особистості. Київ : Наукова думка, 1989. 175 с.

88. Дружинин В. Н. Экспериментальная психология. 2-е изд. и доп. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 320 с.

89. Дубинин Н. П. Что такое человек. Москва : Мысль, 1983. 334 с.

90. Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А. Психологические проблемы готовности к деятельности. Минск : Изд-во БГУ, 1976. 176 с.

91. Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А., Пономаренко В. А., Готовность к деятельности в напряженных ситуациях : психологический аспект. Минск : Изд-во БЮГУ, 1985. 148 с.

92. Елисеєв О. П. Практикум по психологии личности. 2-е изд., испр. и перераб. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 512 с.
93. Енциклопедичний тлумачний словник фармацевтичних термінів: українсько-латинсько-англійський / уклад. І. М. Перцев та ін. ; за ред. проф. В. П. Черниха. Вінниця : Нова Книга, 2014. 824 с.
94. Загальна психологія / С.Д. Максименко та ін. За заг. ред. С.Д. Максименка. Вінниця : Нова книга, 2006. 688 с.
95. Засенко В. В. Соціально-трудова адаптація випускників шкіл-інтернатів для глухих та слабочуючих. Київ : Знання, 2002. 252 с.
96. Зражевський С. З. Соціальна адаптація: змістовно-ціннісна характеристика та функціональне призначення. *Мультиверсум. Філософський альманах*. Київ : Центр духовної культури, 2004. № 39. С. 14.
97. Зязюн І. А. Освітній простір культури в педагогічній теорії. Професійна освіта: педагогіка і психологія. *Українсько-польський щорічник* / за ред. І. Зязюна, Т. Левовицького, Н. Ничкало, І. Вільш. Ченстохова ; Київ : Вид-во Академії ім. Яна Длугоша в Ченстохові, 2005. Вип. 7. С. 35–46.
98. Изард К. Эмоции человека. Москва : Издательство Московского университета, 1980. 440 с.
99. Ильин В. А. История физики : учеб. пособ. для студ. высш. пед. учеб. заведений. Москва : Издательский центр «Академия», 2003. 272 с.
100. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. Санкт-Петербург : Питер, 2000. 507 с.
101. Ильин Е. П. Психология взрослости. Санкт-Петербург : Питер, 2012. 400 с.
102. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. 2-е изд. Санкт-Петербург : Питер, 2001. 783 с.
103. Інвалідність та суспільство : навчально-метод. посіб. / за заг. ред. Л. Ю. Байди. Київ, 2012. 216 с.
104. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Санкт-Петербург : Речь, 2005. 400 с.

- 105.Казанская В. Подросток: социальная адаптация : книга для психологов, педагогов и родителей. Санкт-Петербург : Питер, 2011. 286 с.
- 106.Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. Киев : Высшая школа, 1987. 272 с.
- 107.Каліна Н. Ф. Психотерапія. Київ : Академвидав, 2010. 288 с.
- 108.Каменская В. Г. Детская психология с элементами психофизиологии : учеб. пособ. 2-е изд., испр. и доп. Москва : ФОРУМ, 2011. 288 с.
- 109.Карвасарский Б. Д. Психотерапия : учебник. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 672 с.
- 110.Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. Санкт-Петербург : Питер, 1998. 700 с.
- 111.Килбори Б. Исчезающие люди: стыд и внешний облик / пер. с англ. Москва : Когито-Центр, 2007. 269 с.
- 112.Китаева-Смык Л. А. Психология стресса. Москва : Наука, 1983. 368 с.
- 113.Климов Е. А. Пути в профессионализм (Психологический взгляд) : учеб. пособ. Москва: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2003. 320с.
- 114.Клиническое руководство по психическим расстройствам / под. ред. Д. Барлоу. 3-е изд. Санкт-Петербург : Питер, 2008. 912 с.
- 115.Клінічне керівництво Міністерства США у справах ветеранів та Міністерства оборони США щодо лікування посттравматичного стресу. Наукове редагування перекладу: Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. Київ, 2017. 251 с.
- 116.Клупт М. А. Демографическая политика как предмет контент-анализа. *Социологические исследования*. 2003. № 12. С. 108–117.
- 117.Кляйн М. Детский психоанализ / пер. О. Бессоновой. Москва : Институт Общегуманитарных Исследований, 2010. 160 с.
- 118.Когут Х. Анализ самости: систематический подход к лечению нарцисстических нарушений личности / пер. с англ. Москва : Когито-Центр, 2003. 368 с.

119. Коkun О. М. Психофізіологія : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2006. 184с.
120. Кон И. С. В поисках себя: Личность и ее самосознание. Москва : Политиздат, 1984. 335 с.
121. Конвенція про права осіб з інвалідністю. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71
122. Конопляста С. Ю., Кисличенко В. А., Логопедичний супровід сім'ї, що виховує дитину з ВНГП. *Науковий часопис. Корекційна педагогіка*. Київ : Либідь, 2011. С. 20–30.
123. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. Київ : Преса України, 1997. С.9–27.
124. Копитин А. И. Теория и практика арт-терапии. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 368 с.
125. Корекція психосоціального розвитку дітей з церебральним паралічем : методичні рекомендації працівникам соціальних центрів / за ред. Т. Д. Ілляшенко. Київ : Духовна вісь, 2009. 240 с.
126. Корель Л. В. Социология адаптации: этюды апологии. Новосибирск : АВС, 1997. 123 с.
127. Костенко Н., Іванов В. Досвід контент-аналізу: моделі та практики : монографія. Київ : Центр вільної преси, 2003. 44 с.
128. Кострикін В., Глоба О. Організаційно-педагогічні засади системи корекційного фізичного виховання студентів ВНЗ із порушеннями психофізичного розвитку. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології: наук журнал* / гол. ред. А. А. Сбруєва. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. № 10 (64). С. 269–279.
129. Костюк Г. С. Избранные психологические труды / под ред. Л. Н. Прокопиенко. Москва : Педагогика, 1988. 304 с.
130. Костюк Г. С. Принцип развития в психологии. *Методологические и теоретические проблемы психологии*. Москва, 1969. С. 118–152.
131. Костюк І. В. Введення в біомеханіку : навч. посіб. для студ. вищих

закл. освіти. Львів : Держ. ун-т «Львівська політехніка», 2000. 224 с.

132. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования / пер. с англ. В. Матулявичене. Минск. Харвест, 2016. 192 с.

133. Крайг Г. Психология развития. Санкт-Петербург : Питер, 2003. 992 с.

134. Кузікова С. Б. Теорія і практика вікової психокорекції : навч. посіб. Суми : ВТД «Університетська книга», 2006. 384 с.

135. Кузнецова Л. П. Основные технологии социальной работы : учеб. пособ. Владивосток : Изд-во ДВГТУ, 2002. 92 с.

136. Лазарус Р. С. Индивидуальная чувствительность и устойчивость к психологическому стрессу. *Психологические факторы на работе и охране здоровья*. Москва ; Женева, 1989. С.121–126.

137. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте : учеб. пособ. Москва : Издательский центр «Академия», 2003. 144с.

138. Левин К. Динамическая психология. Избранные труды. Москва : Смысл, 2001. 572 с.

139. Леннер-Аксельсон Б., Тюлефорс И. Психосоциальная помощь населению. Москва : Наука, 1998. 232 с.

140. Леонгард К. Акцентуации личности. Киев : Вища школа, 1989. 392 с.

141. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. Москва : Политиздат, 1975. 304 с.

142. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. Москва : Изд-во МГУ, 1981. 584 с.

143. Леонтьев Д. А. От социальных ценностей к личности: социогенез и феноменология ценностной регуляции деятельности. *Вестник МГУ. Серия 14. Психология*. 1996. № 4. С. 10–19.

144. Леонтьев В. Г. Мотивация и психологические механизмы ее формирования. Новосибирск : ГП «Новосибирский полиграфкомбинат», 2002. 264 с.

145. Либлинг М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка. *Дефектология*. 1996. № 3. С. 56–66.

146. Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. Москва : Наука, 1984. 444 с.
147. Лукашевич М. П. Теорія і методи соціальної роботи. Київ : Либідь, 2003. 89 с.
148. Лурия А. Р. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. 4-е изд. Москва : Издательство «Медицина», 1977. 111 с.
149. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. Москва : Академический проект, 2000. 512 с.
150. Лурия А. Р. Мозг человека и психические процессы. Москва : Изд-во АПН РСФСР, 1963. 43 с.
151. «Любовь – самая прекрасная жизнь!»: Сексуальность людей с умственными ограничениями : сборник материалов /сост. А. Ф. Гулякевич, Е. Г. Титова. Минск : Вараксин А. Н., 2009. 80 с.
152. Макаренко А. С. Моя система воспитания. Педагогическая поэма. Москва : Издательство АСТ, 2016. 672 с.
153. Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях. *Психологический журнал*. 2001. Т. 22. № 1. С. 16–24.
154. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості. Київ : Видавництво ТОВ «КММ», 2006. 240 с.
155. Максименко С. Д. Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем развития психологии). Москва : Рефл-бук ; Киев : Ваклер, 2000. 320 с.
156. Максименко С. Д. От психологического обеспечения к психологическому сопровождению. *Практична психологія та соціальна робота*. 2010. № 2. С. 1–10.
157. Максименко С. Д. Прогнозування психічного здоров'я особистості *Генеза буття особистості* : матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції (19–20 грудня 2011 року). В 2-х т. Київ : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2011. Т. I. С. 8–18.

158. Максименко С. Д., Прокоф'єва О. О., Царькова О. В., Кочкурова О. В. Практикум із групової психокорекції : підручник. Мелітополь : Видавничо поліграфічний центр «Люкс», 2015. 414 с.

159. Максимова Н. Ю., Мілютіна К. Л., Піскун В. М. Основи дитячої патопсихології : навч. посіб. Київ : Перун, 1996. 464 с.

160. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Москва : ЕКСМО, 2008. 920 с.

161. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : справочник практического психолога. Москва : Эксмо, 2005. 992 с.

162. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. Санкт-Петербург : Речь, 2006. 400 с.

163. Мамайчук И. И. Социально-психологическое исследование семьи больных детским церебральным параличом и психокоррекционная работа с родителями. *Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации* / редкол.: Н. Б. Шабалина, Л. А. Ширшова. 2012. № 5. С. 23–30.

164. Маркарян Э. С. Вопросы системного исследования общества. Москва: Наука, 1972. 42 с.

165. Мартиненко І. В. Комунікативний потенціал особистості як об'єкт психокорекційного впливу у системі формування комунікативної діяльності дітей із системними порушеннями мовлення. *Педагогічна освіта: теорія і практика. Психологія. Педагогіка*. Київський університет імені Бориса Грінченка, Національна академія педагогічних наук України, Інститут проблеми виховання. 2017. Вип. 27. С. 71–76.

166. Маслоу А. Мотивация и личность / пер. с англ. А. М. Татлыбаевой. Санкт-Петербург : Евразия, 2001. 478 с.

167. Маслоу А. По направлению к психологии бытия / пер. с англ. Е. Рачковой. Москва : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 272 с.

168. Маслоу А. Самоактуализация. Тексты / под ред. Ю. Ю. Гиппенрейтер, А. А. Пузыря. Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1982. 324 с.

169.Массанов А. В. Психологічні бар'єри в професійному самовизначенні особистості : монографія. Одеса, 2010. 371 с.

170.Мастюкова Е. М. Они ждут нашей помощи. Москва : Педагогика, 1991. 160 с.

171.Мастюкова Е. М. Ребёнок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. Москва : Просвещение, 1992. 95 с.

172.Матохнюк Л. О. Безпечне поведження дітей в Інтернеті. *Наукові записки* Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського.: зб. наук. пр. / редкол. В. І. Шахов (голова) та ін. Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2017. Вип. 49. 202 с.

173.Медико-психолого-педагогічні основи корекції зорових сприймань у дітей з порушенням зору / Є. П. Синьова, С.О.Риков, С.В.Федоренко та ін. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2017. Вип. 56. С. 188–198.

174.Мид Дж. Г. Избранное. Сборник переводов / сост. и пер. с англ. В. Г. Николаев ; отв. ред. Д. В. Ефременко. Москва : ИНИОН РАН, 2009. 290 с.

175.Миронова С. П. Використання у корекційній роботі з розумово відсталими дітьми нетрадиційних методів лікувальної педагогіки і психотерапевтичних технологій. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)* : зб. наук. пр. / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Кам'янець-Подільський : ПП Медобори, 2015. Вип. V. В 2-х т., Т. 1. С. 218–228.

176.Миронова С. П. Інклюзивна освіта: теорія та практика : методичний посіб. / за заг. ред. С. П. Миронової. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2012. 232 с.

177.Мід Д. Дух, самість і суспільство. З точки зору соціального біхевіориста / пер. з англ. та передмова Т. Корпфо. Київ : Укр. центр духов. культури, 2000. 416 с.

178.Морено Я. Психодрама / пер. с англ. Г. Примочкиной, Е. Рачковой. Москва : Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. 528 с.

- 179.Мудрик А. В. Социализация человека. 3-е, перераб. и расшир. изд. Москва ; Воронеж : РАО-МПЦИ, 2011. 624 с.
- 180.Мэй Ролло. Тривога / пер. с англ. А. Г. Гладкова. Москва : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 420 с.
- 181.Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. Санкт-Петербург : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. 384 с.
- 182.Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Москва: Книга по Требованию, 2013. 426 с.
183. Мясищев В. Н. Основы общей и медицинской психологии. Л.: Медицина, 1968. 106 с.
- 184.Набиуллина Р. Р., Тухтарова И. В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция) : учеб. пособ. Казань : Казанская Государственная Медицинская Академия, 2003. 99 с.
- 185.Налчаджян А. А. Социально-психическая сила адаптации личности (формы, механизмы и стратегии). Ереван : Эксмо, 1988. 69 с.
- 186.Налчаджян А. А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : Эксмо, 2010. 368 с.
- 187.Никитина М. Н. Детский церебральный паралич : монография. Москва : Медицина, 1979. 120 с.
- 188.Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1987. 167 с.
- 189.Ньюкомб Н. Развитие личности ребенка. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 640 с.
- 190.Обухова Л. Ф., Рябова Т. В. Феномен эгоцентричности у подростков-инвалидов. *Вопросы психологии*. 2001. № 5. С. 40–49.
- 191.Обухова Л. Ф., Шаповаленко И. В. Формы и функции подражания в детском возрасте. Москва : Изд-во Моск. ун.-та, 1994. 112 с.
- 192.Огороднійчук З. В., Руденко Л. М., Малафій Н. Б. Використання проєктивних методик у скринінг-діагностиці дітей старшого дошкільного віку.

Логопедія. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. № 5. С. 53–59.

193.Олиферович Н. И., Зинкевич-Кузьмина Т. А., Велента Т. Ф. Психология семейных кризисов. Санкт-Петербург : Речь, 2006. 360с.

194.Олпорт Г. В. Личность в психологии. Москва : Ювента ; Санкт-Петербург : Лекато, 1998. 345 с.

195.Осипова А. А. Общая психокоррекция : учеб. пособ. для студентов вузов. Москва : ТЦ Сфера, 2004. 512 с.

196.Основы прикладной социологии : учебник для вузов / под ред. Ф. Э. Шереги, М. К. Горшкова. Москва : Интерпракс, 1996. 184 с.

197.Основы реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. / заг. ред. Н. Пророк. Київ, 2018. Т. 1. 208 с.

198.Основы реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. / заг. ред. Л. Гридковець.. Київ, 2018. Т. 3. 236 с.

199.Остапйовський О. І. Становлення особистості в процесі економічної соціалізації. *Педагогічний пошук*. 2013. № 3 (79). С. 11–14.

200.Островська К. О. Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом : монографія. Львів : Тріада плюс, 2012, 520 с.

201.Павлов И. П. Условный рефлекс. Санкт-Петербург : Питер, 2001. 432 с.

202.Пасечнікова Л. П. Технологія досягнення професійного успіху. 10 клас: навчально-метод. посіб. для вчителя. Харків : Вид. група «Основа», 2007. 192 с.

203.Пахомова Н. Г. Діагностика мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією до навчання в школі : навчально-метод. посіб. Полтава : ТОВ «АСМІ», 2009. 107 с.

204.Петров И. Р., Лемус В. Б. Общее учение о болезни. Многотомное руководство по патологической физиологии. Москва : Медицина, 1966. Т. 1. 460 с.

205. Петровский А. В. Личность, деятельность, коллектив. Москва : Политиздат, 1982. 225 с.

- 206.Петровский В. А. Личность в психологии: парадигма субъективности. Ростов-на-Дону : Феникс, 1996. 512 с.
- 207.Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. Москва : Римис, 2008, 249 с.
- 208.Платонов К. К. Личностный подход как принцип психологии. Методологические и теоретические проблемы психологии. Москва : Наука, 1969. 310 с.
- 209.Практичні питання працевлаштування та зайнятості осіб з інвалідністю / А. Г. Шевцов, О. В. Волошин, М. М. Хміль, О. П. Ріський ; за ред. А. Г. Шевцова. Львів, 2009. 140 с.
- 210.Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособ. / ред.-сост. Д. Я. Райгородский. Самара : Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2001. 672 с.
- 211.Пріц А., Викукаль Е. Груповий психоаналіз: Теорія. Техніка. Застосування. Львів : Астролябія, 2006. 312 с.
- 212.Про вищу освіту : Закон України. Документ 1556-VII, чинний. Поточна редакція: 16.01.20, підстава : 392-IX.
213. Про особливості державної політики із забезпечення державного суверенітету України на тимчасово окупованих територіях у Донецькій та Луганській областях : Закон України. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 10. Ст. 54.
- 214.Прохоренко Л. Психокорекція мотивації дітей із когнітивними порушеннями. *Особлива дитина: навчання і виховання*. Т. 2. Вип. 75–85. 2019. С.67-75.
- 215.Психологическая диагностика: проблемы и исследование / под ред. Е. М. Гуревича. Москва : Наука, 1989. 120 с.
- 216.Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : колективна монографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник [та ін.] ; за заг. ред. М. І. Мушкевич. Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 260 с.

217. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний посібник / З. Г. Кісарчук та ін. Київ : ТОВ Видавництво «Логос», 2015. 207 с.

218. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення : метод. посіб. / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

219. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов. Київ : Академвидав, 2006. 424 с.

220. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я : навч. посіб. / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк [та ін]. Київ : ІНКОС, 2002. 272 с.

221. Психологічний словник / за ред. В. І. Войтка. Київ : Головне видавництво видавничого об'єднання «Вища школа», 1982. 216 с.

222. Психологія : підручник / Ю. Л. Трофімов, В. В. Рибалка, П. А. Гончарук та ін., за ред. Ю. Л. Трофімова. Київ : Либідь, 1999. 558 с.

223. Психология возрастных кризисов: Хрестоматия / сост. К. В. Сельченко. Минск: Харвест, Москва: АСТ, 2002. 560 с.

224. Психология воспитания детей с нарушениями зрения / под ред. Л. И. Солнцевой, В. З. Денискиной. Москва : Налоговый вестник, 2004. 320 с.

225. Психологія діяльності працівників податкової міліції: монографія. Т. А. Ткачук, С. І. Корсун. Київ: Центр учбової літератури, 2013. 194 с.

226. Психологія життєвої кризи / відп. ред. Т. М. Титаренко. Київ : Агропромвидав України, 1998. 348 с.

227. Психология зависимости : хрестоматия / сост. К. В. Сельченко. Минск : Харвест, 2007. 592 с.

228. Психологія особистості : хрестоматія : навч. посіб. / О. Б. Мельничук, Р. Ф. Пасічняк, Л. М. Вольнова та ін. Київ : НПУ імені Н. П. Драгоманова, 2009. 532 с.

229. Психологические тесты. В 2 т. / под ред. А. А. Карелина : Москва : Наука, 2001. Т. 2. С. 65–69.

230. Психотерапия женщин / под. ред. М. Лоуренс, М. Магуир. Санкт-

Петербург : Питер, 2003. 208 с.

231. Психотерапия : учеб. для вузов / Л. Бурлачук, А Кочарян, М. Жидко. Санкт-Петербург : Питер, 2003. 472 с.

232. Путівник для батьків дітей з особливими освітніми потребами: Навчально-методичний посібник / за заг.ред. Колупаєвої А.А. Київ: ТОВ ВПЦ «Літопис – ХХ», 2010, 363с.

233. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособ. Самара, 2003. 672 с.

234. Рамси Н., Харкорт Д. Психология внешности : пер. с англ. А.П. Федоровой. Санкт-Петербург : Питер, 2009. 256 с.

235. Ранк О. Травма рождения и ее значение для психоанализа. Москва : Когито-Центр, 2009. 239 с.

236. Реан А. А. Практическая психологическая диагностика личности. Санкт-Петербург : Изд-во Петербург. ун-та, 2000. 231 с.

237. Реан А. А. Психология человека от рождения до смерти. Санкт-Петербург : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. 652 с.

238. Ревасевич І. Психологічні концепції адаптації особистості у системному теоретичному обґрунтуванні. *Психологія і суспільство*. 2001. № 4. С. 16–40.

239. Решетников М. М. Психическая травма. Санкт-Петербург : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. 322 с.

240. Рибалка В. В. Методологічні питання наукової психології (Досвід особистісно центрованої систематизації категоріально-поняттєвого апарату) : навчально-метод. посіб. Київ : Ніка-Центр, 2003. 204 с.

241. Ритцер Дж. Современные социологические теории. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 688 с.

242. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека : пер. с англ. Москва : ВЛАДОС, 1995. 529 с.

243. Роджерс К. Клиенто-центрированная терапия / пер. с англ. Москва : Рефл-бук ; Киев : Ваклер, 1997. 320 с.

244.Розенфельд Д. Душа, разум и психоаналитик: создание психоаналитического сеттинга с пациентами с психотическими аспектами личности : пер. с англ. А.Кравцова и др. Харьков : Планета-Принт, 2015. 268 с.

245.Розум С. Психология социализации и социальной адаптации человека. Санкт-Петербург : Речь, 2007. 365 с.

246.Роль тяжкості тілесних ушкоджень і сприйняття загрози життю в розвитку посттравматичного стресового розладу у постраждалих в дорожньотранспортних пригодах / Е. Б. Бланчард та ін. *Поведінкова терапія*. 1995. № 33 (5). С. 529–534.

247.Романенко О. В. Антиципація в структурі психічної діяльності дітей з церебральним паралічем : монографія. Київ : О. Т. Ростунов, 2012. 328 с.

248.Романенко О. В. Особливості змін Я-концепції особистості під впливом психотравми. *Психологічні засади забезпечення службової діяльності працівників правоохоронних органів* : матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (в авторській редакції). Кривий Ріг, 2019. С. 334–337.

249.Романенко О. В. Особливості формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.08 / Ін-т спеціальної педагогіки АПН України. Київ, 2003. 18 с.

250.Романова Е. С., Гребенников Л. Р. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика. Мытищи : Издательство «Талант», 1996. 144 с.

251.Роменець В. А., Маноха І. П. Істрія психології ХХ століття. Київ : Либідь, 1998. 988 с.

252.Ромм М. В. Адаптация личности в социуме: Теоретико-методологический аспект. Новосибирск : Науч. сибирская издательская фирма РАН, 2002. 275 с.

253.Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. Санкт-Петербург : Питер, 2000. 712 с.

254.Руденко Л. М., Гавриленко Ю. В., Осадча Т. М. Сучасні підходи до психокорекції емоційних порушень у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу і

хронічний тонзиліт. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)* : зб. наук. пр. 2016. Вип. 8. С. 34–40.

255. Русалов В. М. Темперамент в структуре индивидуальности человека. Дифференциально-психофизиологические и психологические исследования. Москва : Институт психологии, 2015. 589 с.

256. Савчин М. В., Василенко Л. П. Вікова психологія : навч. посіб. Київ : Академвидав, 2011. 368 с.

257. Самоукина Н. В. Психология профессиональной деятельности. 2-е изд. Санкт-Петербург : Питер, 2004. 224 с.

258. Санникова О. П. Эмоциональность в структуре личности. Одесса : Хорс, 1995. 364 с.

259. Санникова О. П., Кузнецова О. В. Адаптивность личности : монография. Одесса : Издатель Н. П. Черкасов, 2009. 558 с.

260. Селигман М., Дарлинг Р. Обычные семьи, особые дети / пер. с англ. Н.Л. Холмогорова и др. Москва : Теревинф, 2007. 368 с.

261. Селье Г. Стресс без дистресса. Москва : Прогресс, 1979. 123 с.

262. Семенова К. А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом. Москва : Закон и порядок, 2007. 616 с.

263. Середина Н. В., Шкуренко Д. А. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология. Серия «Учебники, учебные пособия». Ростов н/Дону : «Феникс», 2003. 512 с.

264. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. Санкт-Петербург : ООО «Речь», 2001. 350 с.

265. Синьов В. М. Визначення методологічних принципів досліджень в галузі корекційної педагогіки. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія* : зб. наук. пр. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2008. № 11. С. 3–8.

266. Синьов В. М. Методологія та теорія досліджень в галузі дифектології. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету*

імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна. 2010. Вип. 15, С. 7–8.

267. Синьов В. М., Шеремет М. К., Руденко Л. М., Шульженко Д. І. Освітньо-психологічна інтеграція школярів із психофізичними порушеннями в сучасних умовах України. *Актуальні питання корекційної освіти* (педагогічні науки): зб. наук. пр. / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори, 2016. Вип. 7 (2). С. 323–344.

268. Синьова Є. П. Исследования взаимоотношений слепых в производственных и школьных коллективах : автореф. ... канд. психол. наук. Москва, 1981. 21 с.

269. Синьова Є. П. Особливості розвитку і виховання особистості при глибоких порушеннях зору : монографія. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. 442 с.

270. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. Санкт-Петербург : Издательство «Речь», 2005. 624 с.

271. Современная западная социология : словарь. Москва : Наука, 1972. 320 с.

272. Солнцева Л. И. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста. Москва : ВОС, 1988. 65 с.

273. Сорокин В. М. Специальная психология : учебное пособие / под науч. ред. Л. М. Шипицыной. Санкт-Петербург : Речь, 2003. 216 с.

274. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями : навч.-метод. посіб. для соціальних працівників і соціальних педагогів / за ред. проф. А. Й. Капської. Київ : ДЦССМ, 2003. 168 с.

275. Співак Л. М. Діагностика і корекція «Я-концепції» молодших школярів з низьким рівнем навчальних досягнень : навч. посіб. Київ : Каравела, 2018. 224 с.

276. Специальная психология : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева ; под ред. В. Лубовского. 2-е изд., испр. Москва : Изд. центр «Академия», 2005. 464 с.

277. Стаднік І. В., Мушкевич М. І. Психологічні особливості переживання

посттравматичного стресового розладу (ПТСР) учасниками зони антитерористичної операції (АТО). *Психологія: реальність і перспективи* : зб. наук. пр. РДГУ, 2015. Вип. 4. С. 244–248.

278. Столяренко Л. Д. Основы психологии : учеб. пособ. Ростов-на-Дону : Феникс, 2003. 672 с.

279. Стреляу Я. Роль темперамента в психическом развитии. Москва : Прогресс, 1982. 282 с.

280. Сухомлинський В. О. Методика виховання колективу. Київ : Радянська школа, 1971. 208 с.

281. Тайсон Ф., Тайсон Р. Л. Психоаналитические теории развития : пер. с англ. А.М. Боковикова. Москва : «Когито-Центр», 2006. 407 с.

282. Тард. Г. Законы подражания. Москва: Книга по Требованию, 2012. 378с.

283. Технології соціально-педагогічної роботи : навч. посіб. / за заг. ред. проф. А. Й. Капської. Київ : Либідь, 2000. 372 с.

284. Теплов Б. М. Психология и психофизиология индивидуальных различий: избранные психологические труды. Москва : Издательство Московского психолого-социального института ; Воронеж : НПО «МОДЭК», 2004. 640 с.

285. Томчук М. І., Комар Т. О., Скрипник В. А. Психологічна адаптація до навчання студентів з особливими потребами. Вінниця : Глобус-Прес, 2005. 26 с.

286. Томчук М. І., Чухрій І. В. Психологія матерів, які виховують дитину з інвалідністю : монографія. Вінниця : ВОПОПП, 2015. 276 с.

287. Томчук М. І., Чухрій І. В. Соціально-психологічна реабілітація батьків дітей з функціональними обмеженнями : навч.-метод. посіб. Вінниця : ВОПОПП, 2015. 130 с.

288. Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т. 1. Теория / пер. с англ. Москва : Издательская группа «Прогресс» – «Литера», Издательство Агенства «Яхтсмен», 1996. 576 с.

289. Торндайк Э., Уотсон Дж.Б. Бихевиоризм. Москва : АСТ, 1998. 704 с.

290. Трофимова Н. М., Дуванова С. П., Трофимова Н. Б., Пушкина Т. Ф. Основы специальной педагогики и психологии. Санкт-Петербург : Питер, 2006. 304 с.

291. Турчин В. М. Математична статистика : посібник. Київ : Видавничий центр «Академія», 1999. 240 с.

292. Тюптя О., Паранів І. Психокорекційні методи роботи з людьми з особливими потребами. *Практична психологія та соціальна робота*. 2002. № 4. С. 64.

293. Урманцев Ю. А. Единство и многообразие мира с точки зрения общей теории систем. Единство и многообразие мира, дифференциация и интеграция знания : тезисы выступлений к III Всесоюз. совещ. по филос. вопросам естествознания. Москва, 1981. Вып. 2. С. 103–108.

294. Ушаков І. М. Вікова психологія : курс лекцій. Харків : НУЦЗУ, 2016. 123 с.

295. Федорчук А., Танатар Н. Використання інтернет-ресурсів для контент-моніторингу передвиборних кампаній. *Наук. пр. Нац. б-ки України ім. В. І. Вернадського*. Київ, 2008. Вип. 21. С. 62–64.

296. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. Москва : Академический Проект, 2005. С. 159–160.

297. Фестингер Л. Теория когнитивного дисонанса. Санкт-Петербург : Речь, 2000. 320 с.

298. Философские проблемы теории адаптации / под ред. Г. И. Царегородцева. Москва : Наука, 1975. 23 с.

299. Философский словарь / под ред. И. Т. Фролова. 4-е изд. Москва : Политиздат, 1981. 445 с.

300. Федорчук А. Г. Контент-мониторинг информационных потоков. *Б-ки нац. акад. наук: пробл. функціонування, тенденції розвитку*. Киев, 2005. Вып. 3. С. 141–150.

301. Фомічова Л. І. Педагогічні технології корекції порушень у сприйманні дошкільників з вадами слуху. *Науковий часопис. Спеціальна психологія. НПУ*

імені М. П. Драгоманова. 2016. С. 191–197.

302. Франкл В. Человек в поисках смысла : сб. Москва : Прогресс, 1990. 368 с.

303. Франкл В. Духовные основы общества. Москва : Республика, 1992. 511 с.

304. Фрейд А. Введение в детский психоанализ. Москва : Институт общегуманитарных исследований, 2016. 184 с.

305. Фрейд З. Введение в психоанализ : лекции. Москва : Наука, 1989. 456 с.

306. Фрейджер Р., Фейдимен Д. Личность: теории, эксперименты, упражнения. Санкт-Петербург : Прайм – ЕВРОЗНАК, 2004. 864 с. (Психологическая энциклопедия).

307. Фромм Е. Бегство от свободы. Москва : Прогресс, 1990. 269 с.

308. Фромм Е. Душа человека : пер. с англ. Г.Ф.Швейника. Москва : Прогресс, 1990. 269 с.

309. Фурман А. В. Психодіагностика особистісної адаптованості: Наукове видання. Тернопіль : Економічна думка, 2000. 197 с.

310. Фюр Г. «Запрещенное» горе. Минск : Вараксин А. Н., 2008. 78 с.

311. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. Л. : Речь, 1976. 198 с.

312. Хорни К. Невроз и развитие личности : пер. с англ. Е.И. Заморид. Москва : Смысл, 1998. 375 с.

313. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 224 с.

314. Холостова Е. И., Дементьева Н. Ф. Социальная реабилитация : учеб. пособ. Москва : Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2006. 340 с.

315. Хохліна О. П. Основні категорії спеціальної психології. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2006. № 6. С. 151–159.

316. Хохліна О. П. Психолого-педагогічне забезпечення соціалізації дитини в освітньому закладі: теоретичний аспект проблеми. *Актуальні проблеми*

психології : зб. наук. пр. Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013. Т. XI. Соціальна психологія. Вип. 6. Книга П. С. 416–424.

317. Хьелл Л., Зиглер Д. Теорії личности. 3-е изд. Санкт-Петербург : Питер, 2006. 607 с.

318. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). Київ : ТОВ «ДСГ Лтд», 2005. 69 с.

319. Чухрій І. В. Вікове консультування : навч. посіб. Вінниця : ВДПУ, 2019. 178 с.

320. Чухрій І. В. Діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації лиць молодого візра. *Психологічний і соціально-педагогічний журнал «Диалог»*. Минск : Республіканське унітарне підприємство «Издательство «Пачатковая школа», 2018. № 3. С. 32–41.

321. Чухрій І. В. Дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з вродженими порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Теорія і практика сучасної психології*. Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2020. № 1, Т. 3. С. 157-160.

322. Чухрій І. В. Дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з набутими порушеннями опорно-рухового апарату. *Психологічний часопис: науковий журнал / за ред. С. Д. Максименка*. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2019. № 11. Вип. 5. С. 119–132. URL: <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.11>

323. Чухрій І. В. Дослідження особливостей Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Теорія і практика сучасної психології*. Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2019. № 5, Т. 1. С. 191–196.

324. Чухрій І. В. Захисні психічні механізми соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Психологічні засади розвитку, психодіагностики та корекції особистості в системі неперервної освіти*. Науковий вісник КВНЗ «Вінницька академія неперервної освіти» [За науковою

редакцією Томчука М.І.]. Зб. мат-лів II Подільської наук.-практ. конф. Вінниця: ТОВ «Віндрук», 2017. Вип. № 1 (14). С. 182-184.

325. Чухрій І.В. Методичні рекомендації до вивчення дисципліни Комплексне соціальне реабілітування підготовки магістра галузі знань 23 Соціальна робота спеціальності 231 Соціальна робота спеціалізації Психологія. Вінниця: ВДПУ ім.Михайла Коцюбинського, 2018. 32с.

326. Чухрій І. В. Модель психокорекції психологічних механізмів соціального адаптування молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Психологічний часопис: науковий журнал / за ред. С. Д. Максименка*. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2020. № 2. Вип. 6. С 43–50. URL:<https://doi.org/10.31108/1.2020.6.2>.

327. Чухрій І.В. Образ фізичного «Я» ветеранів антитерористичної операції з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Реабілітація учасників бойових дій в Україні: досвід та перспективи*. Тези доповідей III Всеукр. наук.-практ. конф. Хмельницький, 2018. С. 66-69.

328. Чухрій І.В. Особливості переживання психічної травми ветеранами АТО/ООС з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Психологічні засади розвитку, психодіагностики та корекції особистості в системі неперервної освіти*. Науковий вісник КВНЗ «Вінницька академія неперервної освіти» [За науковою редакцією Томчука М.І.]. Збірник мат-лів IV Подільської наук.-практ. конф. з міжн. участю. Вінниця: ФОП Рогальська І.О. 2019. Вип. № 3 (26). С. 155-157.

329. Чухрій І.В. Особливості образу фізичного «Я» молодих людей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»*. Тематичний випуск «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору». Київ: Гнозис, Додаток 1 до Вип. 37, Т. IV (72), 2016. С. 280-291.

330. Чухрій І. В. Особливості психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності. *Актуальні проблеми*

психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Екологічна психологія. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2017. Вип. 44, Т. VII. С. 283–292.

331. Чухрій І. В. Особливості розвитку образу тіла у осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату *Психологічний часопис* : зб. наук. пр. / за ред. С. Д. Максименка. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2017. № 5 (9). С. 163–172. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2017_5_16

332. Чухрій І. В. Особливості розвитку професійної ідентичності молоді з обмеженнями функцій життєдіяльності. *Освіта дітей з особливими потребами: від інституалізації до інклюзії*: зб. тез доп.. Ред кол.: В. В. Засенко, А. А. Колупаєва, Н. І. Лазаренко, З. П. Ленів. Вінниця: ТОВ фірма «Планер», 2016. С. 357-360.

333. Чухрій І. В. Особливості розвитку Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Психологічні засади розвитку, психодіагностики та корекції особистості в системі неперервної освіти*. Науковий вісник КВНЗ «Вінницька академія неперервної освіти» [За науковою редакцією Томчука М. І.]. Зб. мат-лів III Подільської наук.-практ. конф.. Вінниця: ТОВ «Віндрук», 2018. Вип. № 1 (16). С. 183-185.

334. Чухрій І. Особливості соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату внаслідок дизонтогенезу. *Europe an humanities studies: State and Society / Europejskie studia humanistyczne: Państwo I Społeczeństwo*. Poland-Ukraine, 2019. Is. 1 (I). P. 261–274.

335. Чухрій І. В. Особливості соціально-психологічної дезадаптованості матерів, які виховують дітей з функціональними обмеженнями в умовах соціальної кризи в суспільстві. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Екологічна психологія. Житомир : ЖДУ ім. І. Франка, 2015. Вип. 39, Т. VII. С. 413–422.

336. Чухрій І. В. Особливості соціально-психологічної адаптації студентів з порушеннями функцій опорно-рухового апарату в освітньому просторі вищих навчальних закладів. *Інноваційні освітні технології: досвід Європейського союзу*

та його впровадження в процес підготовки політологів, соціологів, психологів, істориків. Сладковічево, Словацька Республіка, 2016. С. 133–137.

337. Чухрій І. В. Психологічна допомога сім'ям, які виховують дітей з функціональними обмеженнями. Розвиток особистості майбутнього психолога в умовах трансформації суспільства: монографія / В. І. Шахов, О. М. Паламарчук [та ін.]. Вінниця : ТОВ «Нілан-ЛТД», 2016. С. 223–240.

338. Чухрій І. В. Психологічні механізми соціальної адаптації ветеранів антитерористичної операції об'єднаних сил з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2019. Серія 19, Вип. 37. С. 178–186.

339. Чухрій І. В. Психологічні механізми соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)* : зб. наук. пр. / за ред. В. В. Нечипоренко. Кам'янець-Подільський : Видавець Панькова А. С., 2020. Вип. 15. С. 220–230.

340. Чухрій І. В. Психологічні особливості життєтворчості молоді з обмеженнями життєдіяльності. *Досвід і проблеми організації соціальної та життєвої практики учнів і студентів на засадах компетентнісного підходу до освіти (до 25-річчя Наукової школи педагогіки та психології життєтворчості)*: мат-ли Міжн. Наук.-практ. конференції (12–13 жовтня 2018 року м. Запоріжжя) / за наук. ред.: А. Г. Шевцова. Запоріжжя : Вид-во Хортицької національної академії, 2018. С. 209–211.

341. Чухрій І.В. Психологічні особливості копінг-механізмів соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності. *Збірник V Всеукраїнської науково-практичної конференції: Підготовка фахівців соціономічних професій в умовах сучасного соціокультурного простору*. Вінниця: ФОП Тарнашинський О.В., 2017. С. 54-56.

342. Чухрій І.В. Психологічні особливості впливу негативних соціальних явищ на емоційні переживання юнаків. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України*.

Екологічна психологія. Житомир: «Вид-во ЖДУ ім. І.Франка», 2016. Вип. 41, Т. VII. С. 427-435.

343. Чухрій І. Психологічні особливості переживання негативних емоційних станів ветеранами антитерористичної операції/ операції об'єднаних сил з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Анімалотерапія в контексті розвитку сучасних методів комплексної реабілітації*: мат-ли І Міжн. наук.-практ. конф. «Анімалотерапія в контексті розвитку сучасних методів комплексної реабілітації» / за ред. А.Шевцова, М.Шеремет. Київ: Альянт, 2019. С. 109-111.

344. Чухрій І. В. Психологічні особливості професійної ідентичності молодих людей з обмеженнями функцій опорно-рухового апарату. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2016. № 6. С. 191–196.

345. Чухрій І. В. Соціальна адаптація молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. *Екологічна психологія*. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2019. Вип. 48, Т. VII. С. 236–446.

346. Чухрій І. В. Соціально-психологічна реабілітація батьків, які виховують дітей з функціональними обмеженнями. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: педагогіка і психологія*. Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2016. № 45. С. 153–158.

347. Чухрій І.В. Соціально-психологічні чинники виникнення дезадаптованості в осіб молодого віку з обмеженнями життєдіяльності. *Наука і освіта*. 2016. №9/СХХХХХ. С.203-208.

348. Чухрій І. В. Формування образу тіла у молоді з порушенням функцій опорно-рухового апарату. *Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал*. Київ : ВІК Принт, 2017. Т. 10, №1, 2 (35–36). С. 85–89.

349. Чухрій І. В., Билина Д. І. Особливості ціннісно-сміслової сфери військовослужбовців, які брали участь в антитерористичній операції. *Теорія і практика сучасної психології*. Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2019. № 1. Т.2. С. 153–158.

350. Чухрій І.В., Мочікіна І.Г. Психологічні особливості соціально-психологічної адаптації молодих людей з обмеженнями функцій опорно-рухового апарату. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2018. №2. С. 176-180.

351. Шапарь В. Б. Психология кризисных ситуаций. Ростов-на-Дону : Феникс, 2008. 452 с.

352. Шацкий С. Т. Педагогические сочинения / под ред. И. А. Каирова [и др.]. Т. 4. Акад. Пед. наук РСФСР. Москва : Просвещение, 1965, 328 с.

353. Швалб Ю. М., Тищенко Л. В. Майбутнє і сьогодні студентів з обмеженими функціональними можливостями: психологічні аспекти : монографія. Київ : Основа, 2015. С. 62–63.

354. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології : монографія. Київ : МП Леся, 2009. 483 с.

355. Шевцов А. Г. Особистісно центрована концепція формування реабілітаційного простору професійної освіти. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету. Серія соціально-педагогічна / за ред. О. В.Гаврилова, В. І.Спивака*. Кам'янець-Подільський : ПП Мошинський В. С., 2007. Вип. VII. С. 94–103.

356. Шевцов А. Г. Реабілітаційна системологія як інструмент аналізу процесу комплексної реабілітації осіб з вадами здоров'я. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія № 19. Корекційна педагогіка та психологія* : зб. наук. пр. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2004. № 1. С. 63–74.

357. Шевцов А. Г. Обґрунтування ортопедагогіки. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна*. 2012. Вип. 19 (1). С. 274–284.

358. Шевцов А. Г., Єжова Т. Є. Студенти з порушеннями опорно-рухового апарату в інтегрованому навчальному закладі. Нариси до методики організації інтегрованого навчання молоді з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах професійної освіти : навч.-метод. посіб. Київ : Видавничий дім «Слово», 2014. 96 с.

359. Шевцов А. Г., Романенко О. В., Ханзерук Л. О., Чеботарьова О. В. Дитина з порушенням опорно-рухового апарату в загальноосвітньому просторі. Методичні рекомендації фахівцям з організації та впровадження інклюзивної форми навчання дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату : навч.-метод. посіб. / за заг. наук. ред. А. Г. Шевцова. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2014. 200 с.

360. Шевцов А. Г., Романенко О. В., Ханзерук Л. О., Чеботарьова О. В. Сім'я і дитина в умовах інклюзивної освіти. Методичні поради батькам щодо сімейного супроводу навчання дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату: навч.-метод. посіб. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2013. 112 с.

361. Шевцов А.Г., Чухрій І.В. Психологічний механізм соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності. *Особлива дитина: навчання і виховання*. Науковий, навчальний, інформаційний журн. Київ: Педагогічна преса, 2019. Вип. 93, Т. 4. С. 15-29.

362. Шевцов А. Г., Чухрій І. В. Психологія соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Збірник матеріалів V Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки, психології та реабілітології. «Діти з особливими потребами в освітньому просторі», 10-11 жовтня 2019 року, Чернігів (Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка)*. Київ: Симоненко О.І., 2019. С. 242-247.

363. Шеремет М. К. Логопедія. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2014. 672 с.

364. Шеремет М. К., Боряк О. В. Неврологічні основи логопедії : навч. посіб. Суми : ФОП Цьома С. П., 2016. 252 с.

365. Шипицына Л. М. Детский церебральный паралич. Санкт-Петербург :

Дидактика Плюс, 2001. 272 с.

366. Шишов С. Е. Компетентностный подход к образованию как необходимость. *Мир образования – образование в мире*. 2001. № 4. С. 8–19.

367. Шостром Э. Терапевтическая психология. Основы консультирования и психотерапия / пер. с англ. В. Абабкова, В. Гаврилова. Санкт-Петербург : Сова; Москва : Изд-во ЕКСМО, 2002. 624 с.

368. Шульженко Д. І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей : монографія. Київ, 2009. 385 с.

369. Шульженко Д. І. Психологічні основи корекції мовлення дітей зі спектру аутистичних порушень. *Гуманізація навчально-виховного процесу*: зб. наук. пр. / за ред. В. І. Сипченка. Слов'янськ : СДПУ, 2009. Вип. XLIX. С. 159–164.

370. Эльконин Д. Б. Детская психология : учеб. пособ. для студ. учреждений высш. проф. образования. Москва : Издательский центр «Академия», 2011. 384 с.

371. Эльконин Д. Б. Психология игры. 2-е изд. Москва : Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 1999. 360 с.

372. Эриксон Э. Детство и общество. Санкт-Петербург : Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. 592 с.

373. Юнг К. Г. Конфликты детской души. Москва : Канон, 1994. 336 с.

374. Юнг К. Г. Душа и миф: шесть архетипов : пер. с англ. В. В. Чаухманова. Киев : Гос. библ. Украины для юношества, 1996. 384 с.

375. Яковлева С. Д. Комплекс психологічної корекції вищих психічних функцій при дитячому церебральному паралічі. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна*. 2013. Вип. 23 (3), С. 386–391.

376. Яковлева С. Д. Психофізіологічний підхід як основа психорозвивального впливу на організацію навчальної діяльності дітей з психофізичними порушеннями. *Освіта осіб з особливими потребам: шляхи розбудови*. Національна академія педагогічних наук України, Інститут

спеціальної педагогіки. Асоціація фахівців спеціальної та інклюзивної освіти, громадська організація. 2015. Вип. 9. С.158–165.

377. Ялом И., Лесц М. Групповая психотерапия. Теория и практика. 5-е изд. пер. с англ. Санкт-Петербург : Питер, 2009. 688 с.

378. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції : навч. посіб. Київ : Либідь, 1996. 264 с.

379. Яценко Т. С., Кмит Я. М., Мошенская Л. В. Психоаналитическая интерпретация комплекса тематических психорисунков (глубинно психологический аспект). Москва : СИП РИА, 2000. 194 с.

380. Adler A. Social interest: A challenge to mankind. New York : Capricorn Books, 1964. 200 p.

381. Bandura A. Self-efficacy : The exercise of control. New York, 1997.

382. Beck A.T. Cognitive theory and emotional disorders. New York, 1976.

383. Bowlby J. Pathological mourning and childhood mourning. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1963. 11. P. 500–541.

384. Charles J. Gelso, Elizabeth Nutt Williams, Druce R. Fretz. Counseling Psychology. American Psychological Association. Washington, DC, 2014. 648 p.

385. Chukhrii I. Researching of youth self-concept with the musculoskeletal system disorders. *The scientific heritage*. Budapest, Hungary, 2019. № 32. V. 3. P. 48–51.

386. Dobzhansky T. Chance and creativity in evolution / F. J. Ayale, T. Dobzhansky (Eds.). *Studies in the philosophy of biology*. London : McMillan, 1974.

387. Erikson E. The problem of ego identity / in G. Pollock (Ed.), *Pivotal papers on identification*. Madison, CT : International Universities Press, 1993. 230 p.

388. Folkman S., Lazarus R. S. An analysis of coping in a middleaged community sample. *J. of Health and Social Behavior*. 1980. V. 21. Is. 3. P. 219–239.

389. Folkman S., Lazarus R. S., Gruen R. J., DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J. of Personality and Social Psychology*. V. 50. № 3. 1986. P. 571–579.

390. Freud S. Mourning and melancholia. Standard Edition, 14, 1917, London :

Hogarth Press, 1957. P. 243–258.

391. Freud S. Standard Edition. 1915. Vol. XIV. P. 273–289.

392. Frustration and Adression / J. Dollard and others. Sears New-Haven : Yale University Press. URL: <http://dx.doi.org/10.1037/10022-000>

393. Heim E. Coping und Adaptivitat: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping, Psychother, Psychosom, med. Psychol, 1988. № 1. P. 8–17.

394. Klein R. H., Schermer V. L. Group Psychotherapy for Psychological Trauma. New York ; London : The Guilford press, 2000.

395. Kubler-Ross E. On Death and Dying. Macmillan, New York. 1969, 288p.

396. Moss, T., Carr T, Understanding adjustment to disfigurement: the rol of the self-concept. *Psychology and Health*, 2004. 19. P.737–748.

397. Parsons T., Bales R.F. Family, socialization, and interaction process. Chicago : Free Press, 1955. P 678.

398. Philips L. Human adaptation and his failures. Academic Press. New York : London, 1968.

399. Plutchik R. The emotions: Revised Edition. Lanham. New York ; London : University press of America. 1991. 193 p.

400. Seligman M. (Ed.). The family with a handicapped child (2nd ed.). Boston Allyn & Bacon. 1991.

401. Shevtsov A., Chukhrii I. Formation of the professional Self-concept in young people with muskuloskeletal disabilities. *Edukacja zawodowa i ustawiczna*. Polsko-Ukrainski rocznik naukowy, 2019. № 4. P. 289-299.

402. Shevtsov A., Chuhrii I. Psychological mechanisms of social adaptation of young people with disabilities. *American Journal of Applied and Experimental Research*. New York NY. USA, 2017. №3(6). P.6-14.

403. Spillius E. Journeys in Psychoanalysis. The selected works of Elizabeth Spillius. London ; New York. Routledge. 2015. 460 p.

404. Spitz R.A. Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The psychoanalytic Study of the Child*. 1945. 1. P 53-74.

405. The family with a handicapped child / M. Seligman (Ed.). Boston Allyn &

Bacon, 1991.

406. Thompson A. R., Kent G., Smith J. A. Living with vitiligo: dealing with difference. *British Journal of Health Psychology*. 2002. 7. P. 213–225.

Додатки

**Контент-аналіз найбільш вживаних словосполучень з смисловими
одиницями Я-концепції особистості упродовж 2012-2018 років**

Смислові одиниці Я-концепції особистості		Словосполучення	Кількість слів
Я-фізичне		Незадоволений зовнішністю	5070
		Стиль одягу – частина фізичного образу	29000
		Соромитися зовнішності	16800
		Фізичний образ - безформне тіло	2480
		Фізичний образ - змінити зовнішність	28900
		Фізичний образ - займатися спортом	59000
		Фізичний образ - реакція на мою зовнішність	13600
Я-психічне		Я – концепція - близькість з друзями	30400
		Я – концепція - близькість з дружиною (чоловіком)	9150
		Ідентичність – результати діяльності	144000
		Ідентичність – піклування про родину	5180
		Ідентичність – наставник	14300
		Ідентичність – суспільно-корисна діяльність	117
		Ідентичність – задоволеність життям	19000
		Мені подобається моє життя.	30100
Я-соціальне	Я-сімейне	Я-концепція – стосунки з дружиною (чоловіком)	46700
		Я-концепція – піклування про своїх батьків	28800
		Я-концепція – непорозуміння в стосунках	229
		Я-концепція – дружина викликає позитивні переживання	4130
		Я-концепція - добрі сімейні стосунки	27500
		Я-концепція - сімейні традиції та цінності	27900
		Я-концепція – сімейні ролі	71700
		Я-концепція – близькість з дружиною (чоловіком)	9600
	Я-професійне	Професія – спосіб заробляти гроші	16100
		Професія – забезпечення потреб	13600
		Професія – виявлення творчого потенціалу	39800
		Професія – підвищення самооцінки	33800
		Професія – кар’єрний та особистісний розвиток	1500
		Професійна ідентичність – позитивний психологічний клімат в колективі	14700
		Професійна ідентичність – результати діяльності	39700
	Я-учнівське	Образ учня – багато читає	40800
		Образ учня – володіє іноземними мовами	5400
		Самоосвіта – подорожі	28600
		Самоосвіта - новинки в кінематографі та мистецтві	10100
		Самоосвіта - навчальні семінари та тренінги	12100
		Самоосвіта – науково-практичні конференції та інші заходи	16600
Самоосвіта – обмін досвідом		8560	

Дослідження особливостей Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату (І. Чухрій)

Опитувальник призначений для дослідження компонентного складу Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату: Я-фізичного, Я-психічного, Я-соціального (Я-сімейного, Я-професійного, Я-учнівського). При гармонійному розвитку особистості компоненти Я-психічне та Я-соціальне (Я-сімейне, Я-професійне, Я-учнівське) пропорційно розвинуті. Показники Я-фізичного вказують на дисгармонійний вплив на Я-концепцію самосприйняття наявності порушень функцій опорно-рухового апарату.

Інструкція: Дайте відповідь на запитання відповідно до шкали:

0 – майже ніколи;

1 – іноді;

2- часто;

3 – майже завжди.

Текст опитувальника

№	Перелік тверджень	Кількість балів
1.	Мені подобається моя зовнішність.	
2.	Я з легкістю підбираю собі одяг.	
3.	Я соромлюся своєї зовнішності.	
4.	У мене відчуття, що моє тіло безформне.	
5.	Я хотів би щось змінити у своїй зовнішності.	
6.	Я регулярно займаюся спортом.	
7.	Я намагаюся менше зустрічатися з людьми, оскільки мені не подобається їх реакція на мою зовнішність.	
8.	Я переживаю почуття близькості по відношенню до друзів.	
9.	Я відчуваю переживання близькості з дружиною (чоловіком).	
10.	Мені та іншим подобаються результати моєї діяльності.	
11.	У мене гарна родина, я піклуюся про своїх дітей.	

Продовження додатку Б.

№	Перелік стверджень	Кількість балів
12.	Я наставник для своїх учнів.	
13.	Я займаюся суспільно-корисною діяльністю.	
14.	Мені подобається моє життя.	
15.	Для мене праця – це спосіб заробляти гроші.	
16.	Завдяки своїй професії я забезпечую свої потреби.	
17.	Завдяки своїй професії я можу виявляти свій творчий потенціал.	
18.	Завдяки своїй професії я підвищую свою самооцінку та отримую повагу оточення.	
19.	У своїй професії я бачу перспективи кар'єрного та особистісного розвитку.	
20.	У мене гарні стосунки з колегами.	
21.	Мені подобаються результати моєї діяльності.	
22.	У мене гарні стосунки з дружиною (чоловіком).	
23.	Я піклуюся про своїх батьків.	
24.	Іноді в стосунках з дружиною (чоловіком) виникають непорозуміння, проте ми їх швидко розв'язуємо.	
25.	Моя дружина (чоловік) викликає в мене сильні позитивні переживання	
26.	Я докладую максимум зусиль для створення гарних сімейних стосунків.	
27.	У моїй родині гарні сімейні традиції та цінності, які я хотів би передати своїм дітям.	
28.	Я завжди виконую свої сімейні обов'язки.	
29.	Я відчуваю близькість з дружиною (чоловіком).	
30.	Я багато читаю.	
31.	Я володію іноземними мовами.	
32.	Я багато подорожую.	
33.	Я із задоволенням стежу за новинками в кінематографі та мистецтві.	
34.	Я відвідую навчальні семінари та тренінги.	
35.	Я беру участь у наукових конференціях та інших заходах.	
36.	Із задоволенням слухаю про науково-практичні здобутки моїх колег.	

За допомогою шкал обробки даних підраховується кількість балів за шкалами відповідними складовим Я-концепції молодшої людини з порушеннями

Продовження додатку Б.

функцій опорно-рухового апарату: Я-фізичне, Я-психічне, Я-соціальне: Я-сімейне, Я-професійне, Я-учнівське. Найбільша кількість балів відповідає найбільш розвиненому компоненту Я-концепції молодого людини, потрібно враховувати компенсаторну функцію зазначеного компонента при непропорційно низькій кількості балів за іншими компонентами. Компонент з найнижчою кількістю балів – це «проблемна» зона молодого людини з обмеженнями життєдіяльності, яка потребує психокорекційної підтримки.

Обробка даних та інтерпретація результатів.

Я-фізичне (уявлення про образ власного тіла): додайте всі позитивні відповіді за шкалами: 1; 2; 6; 7 та

негативні відповіді за шкалами 3; 4; 5. Якщо за шкалами 3; 4; 5 – 0 балів, то за кожену відповідь 2б.

Я-психічне (уявлення про власну ідентичність) – додайте всі позитивні відповіді за шкалами: 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14.

Я-професійне (становлення у професії, професійний досвід) – додайте всі позитивні відповіді за шкалами: 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21.

Я-сімейне (член сім'ї, доросла дитина, шлюбний партнер, батько або матір) – додайте всі позитивні відповіді за шкалами: 22; 23; 24; 25; 26; 27; 28.

Я-учнівське (досвід та спрямованість суб'єкта навчальної діяльності) – додайте всі позитивні відповіді за шкалами: 29; 30; 31; 32; 33; 34; 35; 36 [459].

Результати апробації опитувальника «Дослідження особливостей Я-концепції молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату»

І. Чухрій

Компоненти Я-концепції	Показники молоді з типовим розвитком (n=150) у %
Я-фізичне	9,53
Я-психічне	21,19
Я-професійне	21,56
Я-сімейне	27,33
Я-учнівське	20,39

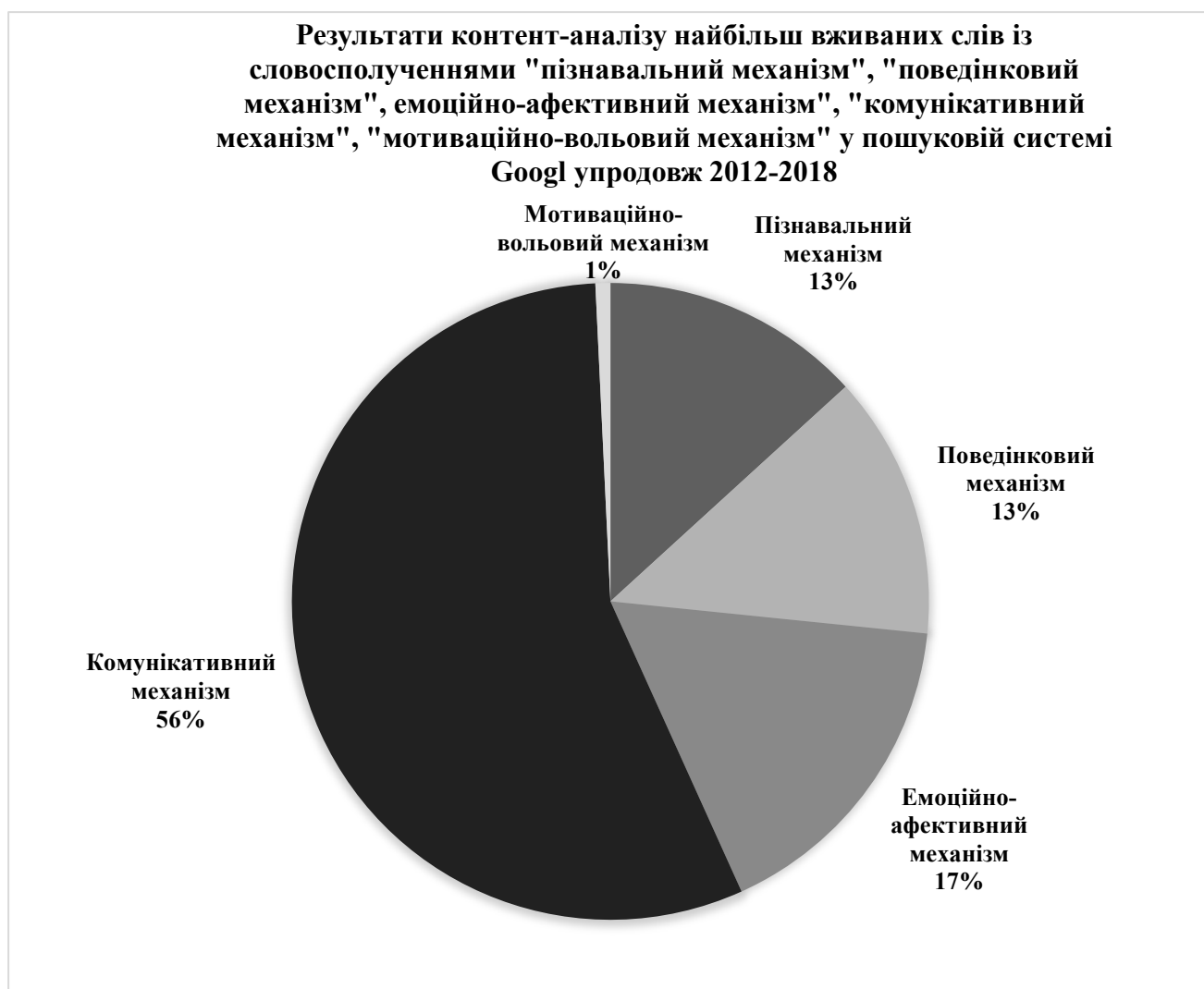
**Контент-аналіз найбільш вживаних слів із словосполученнями
«пізнавальний механізм», «поведінковий механізм», «емоційно-
афективний механізм», «комунікативний механізм», «мотиваційно-
вольовий механізм» в пошуковій системі Google упродовж 2012-2018 років**

Смислові одиниці психологічних механізмів	Словосполучення	Кількість слів
Пізнавальний механізм	Психологічні механізми – вивчення ситуації	167000
	Психологічні механізми – імпульсивні рішення	3020
	Психологічні механізми – попередній життєвий досвід	22600
	Психологічні механізми – щасливий випадок	16
	Психологічні механізми - рефлексія	46500
	Психологічні механізми – необдумані вчинки	489
	Психологічні механізми – екстернальність	695
	Психологічні механізми –інтернальність	905
	Психологічні механізми – позитивне мислення	68300
	Психологічні механізми – негативне мислення	60700
Поведінковий механізм	Психологічні механізми – швидко приймати рішення	169000
	Психологічні механізми – неможливість прийняття рішення	658000
	Психологічні механізми – співробітництво	453000
	Психологічні механізми – конкуренція	617000
	Психологічні механізми – впевненість у власних силах	446000
	Психологічні механізми – невпевненість у собі	58000
	Психологічні механізми –дії природні	264000
	Психологічні механізми – стимуляція діяльності	355000
	Психологічні механізми – відповідальність за власні дії	217000
	Психологічні механізми – інфантильність	17000
Емоційно- афективний механізм	Психологічні механізми – саморегуляція	210000
	Психологічні механізми – емоційна нестабільність	11400
	Психологічні механізми – емоційна стійкість	128000
	Психологічні механізми – соціальна тривожність	334000

Продовження додатку Г.

	Психологічні механізми – не відволікаюся на сторонніх	258
	Психологічні механізми – відволікаюся	871
	Психологічні механізми – долаття перешкод	57100
	Психологічні механізми – уникнення невдач	26800
	Психологічні механізми – позитивні емоції упродовж доби	372000
	Психологічні механізми – негативні емоції упродовж доби	333000
Комунікативний механізм	Психологічні механізми – позитивна реакція на критику	707000
	Психологічні механізми – негативна реакція на критику	287000
	Психологічні механізми – комунікація	1050000
	Психологічні механізми – відсутність комунікації	222000
	Психологічні механізми – діяльність не переважає спілкування	222000
	Психологічні механізми – діяльність переважає над спілкуванням	39700
	Психологічні механізми – відкритість	250000
	Психологічні механізми – замкнутість	47500
	Психологічний механізм – спонтанність	80500
	Психологічний механізм – ригідність	24000
Мотиваційно-вольовий механізм	Мотиваційно-вольовий механізм – структурованість	9550
	Мотиваційно-вольовий механізм – безвідповідальність	5900
	Мотиваційно-вольовий механізм – задоволення від процесу роботи	42500
	Мотиваційно-вольовий механізм – примус до праці	14200
	Мотиваційно-вольовий механізм – впевненість у виконуваний роботі	9260
	Мотиваційно-вольовий механізм – невпевненість у процесі роботи	21700
	Мотиваційно-вольовий механізм – екстернальність	2660
	Мотиваційно-вольовий механізм – інтернальність	2910
	Мотиваційно-вольовий механізм – організованість	26300
	Мотиваційно-вольовий механізм – дезорганізованість	755

Результати контент-аналізу найбільш вживаних слів із словосполученнями «пізнавальний механізм», «поведінковий механізм», «емоційно-афективний механізм», «комунікативний механізм», «мотиваційно-вольовий механізм» у пошуковій системі Google упродовж 2012-2018 років



Діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації молоді (І. Чухрій)

Опитувальник дозволяє дослідити адаптивні та дезадаптивні стратегії психологічних механізмів соціальної адаптації особистості та призначений для молоді (віком від 20 до 40 років). В опитувальнику запропоновані твердження, які потрібно оцінити за шкалою від 0 до 3 балів, проте таким чином, щоб сума балів в одній парі тверджень (Твердження А та Твердження В в одному рядку) має дорівнювати 3 балам. За результатами дослідження можна встановити особливості розвитку психологічних механізмів (пізнавальний, поведінковий, комунікативний, емоційно-афективний, мотиваційно-вольовий) соціальної адаптації з їх біполярним потенціалом ставлення (адаптивне чи дезадаптивне ставлення).

Інструкція: Дайте відповідь на запитання відповідно до шкали:

0 – майже ніколи;

1 – іноді;

2 – часто;

3 – майже завжди.

Сума балів кожної пари тверджень повинна дорівнювати 3.

Текст опитувальника «Діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації молоді»

Твердження А	Бали		Бали	Твердження В
	1 2 3	<i>Сума балів в рядку має дорівнюват и 3</i>	1 2 3	
1. Я вивчаю ситуацію перед прийняттям якогось важливого рішення.				2. У більшості життєвих ситуацій я приймаю швидкі рішення, особливо не замислюючись.
3. У новій ситуації я приймаю рішення відповідно до свого попереднього життєвого досвіду.				4. У новій ситуації я покладаюся на «щасливий випадок».

Продовження додатку Д.

Твердження А	Бали	Сума балів в рядку має дорівнювати 3	Бали	Твердження В
	1 2 3		1 2 3	
5. Я аналізую свої вчинки та дії.				6. Я мало замислююся над здійсненими вчинками та діями.
7. Я притримуюся думки, що людина відповідає сама за свої вчинки та дії.				8. Я притримуюся думки, що людина діє відповідно до обставин і вони керують її діями та судженнями.
9. Більшість своїх вчинків та подій у моєму житті я оцінюю як позитивні.				10. Більшість своїх вчинків та подій у моєму житті я оцінюю як негативні.
11. У незвичній для мене ситуації я дію швидко, не втрачаючи тверезості думок.				12. У новій незвичній ситуації я переживаю невпевненість, не можу прийняти рішення про те, як потрібно діяти.
13. Під час виконання роботи я надаю перевагу взаємодії з колегами, спільному пошуку конструктивного вирішення.				14. Під час виконання роботи я не можу утриматися від того, щоб не принижувати інших та знаходити в їх поведінці слабкі сторони.
15. У більшості ситуацій я дію відповідно до своїх можливостей і впевнений в правильності дій.				16. Зазвичай, у мене багато сумнівів стосовно моїх вчинків і дій.
17. Мої дії природні, а не спричинені переживаннями провини чи тривоги.				18. Для того, щоб я почав діяти потрібно, щоб я пережив сильне переживання: страх, почуття провини та інші.
19. За свої дії я сам відповідаю і не перекладаю відповідальність на інших.				20. Більшість моїх невдач, пов'язані з тим, що люди, які мене оточують, ненадійні.
21. Під час виконання важливої для мене діяльності мене не відволікають особистісні хвилювання.				22. Під час важливої для мене діяльності емоції настільки сильні, що не дають можливості зосередитися.

Продовження додатку Д.

Твердження А	Бали	Сума балів в рядку має дорівнюва ти 3	Бали	Твердження В
	1 2 3		1 2 3	
23. Я не відчуваю хвилювання під час публічних виступів.				24. Коли мені необхідно виступити з доповіддю або звітом перед аудиторією, то я відчуваю сильне хвилювання або відчуття «клубка в горлі», що заважає мовленню.
25. Коли при виконанні моєї діяльності присутні сторонні, я завершую спокійно діяльність до кінця.				26. Коли при виконанні моєї діяльності присутні сторонні, я настільки хвилююся, що не можу довести діяльність до кінця.
27. Коли в мене в роботі трапляються помилки, я спокійно продовжую працювати, шукаючи конструктивне рішення.				28. Коли в мене в роботі трапляються помилки, я відчуваю сильне відчуття сорому та провини.
29. Зранку мене супроводжують переважно позитивні переживання, які продовжуються упродовж дня.				30. Негативні душевні переживання заважають мені бути активним.
31. Коли мене критикують, я можу прийняти до уваги зауваження.				32. Коли мене критикують, я відкрито виражаю незадоволення.
33. Я не переживаю дефіциту спілкування.				34. Я відчуваю дефіцит спілкування.
35. Улюблена справа не замінить спілкування з оточуючими.				36. Улюблена справа може замінити спілкування з оточуючими.
37. Мені подобається ділитися своїми переживаннями.				38. Мені не подобається ділитися своїми переживаннями.
39. Висловлювання своїх думок у письмовій формі, а також в усній, не складне для мене.				40. Висловлювання своїх думок в письмовій та в усній формах достатньо складне для мене.
41. Я виконую роботу вчасно, не відкладаючи її на завтра.				42. Якщо я відчуваю труднощі в діяльності, я можу її відкласти на невизначений час.
43. Під час відпустки, я відчуваю передчуття радості, від початку робочого тижня.				44. Під час відпустки, я відчуваю сумні переживання, стосовно початку робочого тижня.

Продовження додатку Д.

Твердження А	Бали	Сума балів в ряді має дорівнюва ти 3	Бали	Твердження В
	1		1	
	2		2	
	3		3	
45. Я намагаюся донести свою точку зору керівництву або колегам стосовно особливостей виконання роботи.				46. Я вважаю, що непотрібно доводити керівництву або колегам свою точку зору стосовно особливостей виконання роботи.
47. За результати своєї роботи я сам відповідаю, не перекладаючи відповідальність на колег чи керівництво.				48. Результати моєї роботи більше залежать від керівництва та моїх колег, ніж від мене особисто.
49. Зазвичай, я завершую роботу, незважаючи на перешкоди: брак часу, несприятливі умови.				50. Брак часу, перешкоди з ззовні примушують мене не завершувати роботу.

Ключ опитувальника

За допомогою реєстраційного бланка підраховується кількість балів за адаптивними та дезадаптивними стратегіями і психологічними механізмами в цілому. Найбільша кількість балів відповідає найбільш розвиненому психологічному механізму соціальної адаптації молоді.

Опис психологічних механізмів соціальної адаптації молоді**Пізнавальний механізм:**

адаптивні стратегії - форми поведінки спрямовані на аналіз труднощів, що виникають, та можливих шляхів їх подолання, научіння та здобуття адаптаційного індивідуального досвіду, підвищення самооцінки та самоконтролю, усвідомлення власної цінності як особистості, віра у власні ресурси долати складних ситуацій, вміння та стратегії розв'язувати психологічні задачі, пов'язані з соціальною адаптацією, пізнання своєї активності у контексті психосоціальної активності оточуючих;

дезадаптивні стратегії – пасивні форми поведінки з відмовою долати перешкоди, зневіра у власних силах та інтелектуальному потенціалі, навмисна недооцінка ситуації, негативний індивідуальний досвід.

Поведінковий механізм:

адаптивні стратегії – поведінка особистості, під час якої вона співпрацює з досвідченими людьми, шукає підтримку в найближчому соціальному середовищі або ж сама пропонує її оточуючим у долатті труднощів, компроміс та співпраця, прийняття «боротьби»;

дезадаптивні стратегії – поведінка, що включає в себе уникання неприємних ситуацій, пасивність, усамітненість, ізоляція, прагнення уникати активних інтерперсональних контактів, відмову від вирішення проблем, суперництво, уникання.

Емоційно-афективний механізм:

адаптивні стратегії – емоційний стан з активним протестом по відношенню до труднощів та впевненістю в існуванні вирішення будь-якої, навіть складної, ситуації;

дезадаптивні стратегії – поведінка з пригніченим емоційним станом, станом безнадії, піддатливості, переживання злості та провини, що покладаються на себе та на інших, відсутності позитивних переживань.

Комунікативний механізм:

адаптивні стратегії – стратегії, форми та методи комунікації, що призводять до соціальної адаптації;

дезадаптивні стратегії – комунікативні стратегії, неадекватні та конфліктні форми спілкування, які призводять до соціальної дезадаптації і міжособистісних та групових конфліктів.

Мотиваційно-вольовий механізм:

адаптивні стратегії – внутрішньо-мотиваційні стратегії та контролюючо-вольові якості, які призводять до соціальної адаптації;

дезадаптивні стратегії – дезадаптивні мотивації, зокрема мотиваційні стратегії уникнення невдач та екстернальний локус контролю.

**Особливості психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з
типовим розвитком за опитувальником І. Чухрій (n=150)**

Психологічні механізми соціальної адаптації	Стратегії психологічних механізмів	Показники молоді з типовим розвитком (у %)
Пізнавальний механізм	адаптивні стратегії	15,11
	дезадаптивні стратегії	5,17
Поведінковий механізм	адаптивні стратегії	15,11
	дезадаптивні стратегії	5,07
Емоційно-афективний механізм	адаптивні стратегії	12,87
	дезадаптивні стратегії	7,33
Комунікативний механізм	адаптивні стратегії	12,83
	дезадаптивні стратегії	6,94
Мотиваційно-вольовий механізм	адаптивні стратегії	13,99
	дезадаптивні стратегії	5,87

Анкета дослідження особистих даних молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату (Соціальний анамнез) А. Шевцова, І. Чухрій

В анкеті містяться запитання, що допоможуть встановити соціальний анамнез.

Інструкція: прочитайте запитання і дайте відверту відповідь. З метою підтримання конфіденційності можна не вказувати прізвище. В запитаннях про наявність порушень функцій опорно-рухового апарату можете, за власним бажанням, вказати назву хвороби.

Ваше прізвище, ім'я _____

Вік _____

Чи навчаєтеся Ви на момент заповнення анкети, якщо так, то в якому закладі освіти _____

Освіта _____

Професія _____

Чи працюєте Ви на момент заповнення анкети _____

Сімейний стан _____

Кількість дітей (вказіть вік дітей) _____

Номер телефона _____

Електронна адреса _____

Наявність вроджених порушень функцій опорно-рухового апарату _____

Наявність набутих порушень функцій опорно-рухового апарату _____

Дякуємо за участь в анкетуванні!

**Особливості психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату за опитувальником
І. Чухрій (n=426)**

Психологічні механізми соціальної адаптації	Стратегії психологічних механізмів	Показники молоді з вродженими ПФОРА (n=158)	Показники молоді з набутими ПФОРА (n=148)	Показники ветеранів ООС з набутими ПФОРА (n=120)
Пізнавальний механізм	адаптивні стратегії	10,40	9,30	11,91
	дезадаптивні стратегії	4,60	5,20	3,08
Поведінковий механізм	адаптивні стратегії	10,50	9,50	9,66
	дезадаптивні стратегії	4,70	4,30	4,00
Емоційно-афективний механізм	адаптивні стратегії	8,70	9,00	9,91
	дезадаптивні стратегії	5,70	5,30	5,08
Комунікативний механізм	адаптивні стратегії	10,10	9,60	7,08
	дезадаптивні стратегії	4,20	5,10	7,91
Мотиваційно-вольовий механізм	адаптивні стратегії	10,30	9,25	10,08
	дезадаптивні стратегії	4,40	4,25	4,91

Додаток 3.

Діагностика копінг-механізмів молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату за методикою Е.Хейма(n=426)

Копінг-механізми	Показники молоді з вродженими ПФОРА (n=158)	Показники молоді з набутими ПФОРА (n=148)	Показники ветеранів ООС з набутими ПФОРА (n=120)
Когнітивні	4,70	5,87	6,16
Емоційні	3,90	3,50	4,00
Поведінкові	3,40	2,87	3,58

**Дослідження особливостей психологічного захисту за методикою
Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Конте молоді з порушеннями функцій
опорно-рухового апарату (n=426)**

Молодь з порушеннями функцій опорно-рухового апарату	Механізми психологічного захисту							
	Витіснення	Регресія	Заміщення	Неприняття	Проекція	Компенсація	Гіперкомпенсація	Раціоналізація
Середнє значення показників молоді з вродженими ПФОРА (n=158)	40,00	12,58	27,00	66,00	90,00	49,00	42,00	82,80
Середнє значення показників молоді з набутими ПФОРА (n=148)	42,50	34,70	27,50	50,00	57,25	40,00	40,00	51,00
Середнє значення показників ветеранів ООС з набутими ПФОРА (n=120)	60,00	56,82	33,30	65,09	72,91	55,8	40,00	64,58

**Дослідження тенденцій поведінки в реальній групі та уявлень про себе у
молоді з порушеннями функцій опорно-рухового за методикою Q-
сортування В.Стефансона (n=426)**

Середнє значення показників поведінки у молодих людей з порушенням функцій опорно-рухового апарату	Тенденції поведінки в реальній групі					
	Залежність	Незалежність	Товариськість	Нетовариськість	Прийняття боротьби	Уникнення боротьби
Показники молоді з вродженими ПФОРА (n=158)	5,20	4,60	6,40	4,20	3,30	5,80
Показники молоді з набутими ПФОРА (n=148)	4,90	3,40	6,50	2,60	3,25	5,75
Показники ветеранів ООС з набутими ПФОРА (n=120)	6,80	4,90	7,80	5,00	4,00	5,60

Дослідження схильності до конфліктної поведінки молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату за методикою К.Томаса (n=426)

Молодь з порушенням функцій опорно-рухового апарату	Способи реагування в конфлікті				
	Суперництво	Співпраця	Компроміс	Уникання	Прийняття
Середнє значення показників молоді з вродженими ПФОРА (n=158)	4,30	5,90	6,60	6,60	6,20
Середнє значення показників молоді з набутими ПФОРА (n=148)	7,25	4,87	5,50	6,75	5,50
Середнє значення показників ветеранів ООС з набутими ПФОРА (n=120)	5,00	5,83	6,91	6,25	5,83

Дослідження особливостей переживання агресії молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату (n=426)

Молодь з порушеннями функцій опорно-рухового апарату	Середнє значення показників видів агресії агресії							
	Фізична агресія	Непряма агресія	Роздратування	Негативізм	Образливість	Підозрілість	Вербальна агресія	Провина
Показники молоді з вродженими ПФОРА (n=158)	48,40	92,30	54,00	52,00	63,70	53,90	35,20	67,10
Показники молоді з набутими ПФОРА (n=148)	49,50	82,90	38,25	47,50	48,75	49,50	25,00	48,10
Показники ветеранів ООС з набутими ПФОРА (n=120)	65,01	119,08	41,94	48,20	81,25	74,25	38,88	83,33

Додаток К.

Результати факторного аналізу молоді з порушеннями ОРА

Повна пояснена дисперсія

Метод виокремлення: Аналіз головних компонентів.

Компоненти	Початкові власні значення				Суми квадратів навантажень вилучення			Суми квадратів навантажень обертання		
	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)		Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)
1	4,59	22,38	22,38	1	4,59	22,38	22,38	3,82	18,62	18,62
2	3,60	17,54	39,91	2	3,60	17,54	39,91	3,75	18,28	36,90
3	3,19	15,52	55,44	3	3,19	15,52	55,44	3,56	17,35	54,25
4	2,35	11,45	66,88	4	2,35	11,45	66,88	2,45	11,93	66,18
5	1,95	9,52	76,40	5	1,95	9,52	76,40	2,10	10,22	76,40
6	0,62	3,05	79,45							
7	0,61	3,00	82,45							
8	0,53	2,62	85,07							
9	0,46	2,26	87,34							
10	0,44	2,17	89,50							
11	0,41	2,03	91,54							
12	0,31	1,52	93,06							
13	0,24	1,20	94,26							
14	0,20	0,97	95,23							
15	0,17	0,85	96,08							
16	0,16	0,77	96,85							
17	0,13	0,64	97,49							
18	0,12	0,60	98,10							
19	0,10	0,50	98,59							
20	0,08	0,39	98,98							
21	0,06	0,28	99,26							
22	0,04	0,21	99,47							

Продовження додатку К.

Компоненти	Початкові власні значення			Суми квадратів навантажень вилучення			Суми квадратів навантажень обертання		
	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)
23	0,04	0,19	99,65						
24	0,04	0,18	99,83						
25	0,02	0,09	99,92						
26	0,02	0,08	100,00						
27	0,00	0,00	100,00						

Матриця перетворення компонент

Компонента	1	2	3	4	5
1	-0,541	0,708	0,396	0,223	-0,003
2	0,748	0,186	0,626	0,113	0,042
3	0,374	0,558	-0,667	0,320	-0,045
4	0,083	0,303	-0,015	-0,741	-0,593
5	0,041	0,248	-0,080	-0,535	0,803

Метод вилучення: Аналіз методом головних компонент.

Метод обертання: Варимакс з нормалізацією Кайзера.

Матриця обернених компонент

	Компоненти				
	1	2	3	4	5
Я-сімейне	0,90				
Я-професійне	0,87			0,21	-0,12
Я-фізичне	0,81		-0,26	-0,14	
Я-психічне	0,79		0,30		
Я-учнівське	0,70	-0,22			0,12
Регресія		0,73	0,19		-0,21
Депресивність	-0,21	0,73	0,18	-0,19	

Продовження додатку К.

	Компоненти		3	4	5
	1	2			
Інтегр. дезадаптованість	-0,23	0,70			-0,14
Особистісна тривога		0,65	-0,45	0,36	
Повна агресивність		0,59	0,36		0,25
Почуття провини	-0,15	0,56		0,22	
Ворожість	0,23	0,53		-0,15	0,37
Гіперкомпенсація		0,42	0,23	0,37	-0,16
Інтегр. адаптованість			0,81	0,14	
Раціоналізація	0,16	0,26	0,76	0,29	0,12
Компенсація		0,37	0,60		
Реактивна тривога	0,18	0,53	-0,65		0,15
Фрустрованість	0,10		-0,53	0,29	
Неприйняття		0,24	0,40		0,12
Суперництво	0,13			-0,92	
Пристосування				0,84	0,11
Копінг А			-0,18	-0,41	-0,19
Уникнення	-0,18		-0,20	0,25	-0,17
Копінг Б	-0,34				0,78
Компроміс				0,37	0,72
Співпраця				0,13	-0,67
Копінг В	0,15		-0,19	0,16	0,21
Метод вилучення: Аналіз методом головних компонент.					
Метод обернення: Варимакс з нормалізацією Кайзера.					
			Обернення зійшлися за 7 ітераціями.		

**Результати факторного аналізу молоді з типовим розвитком
(контрольна група)**

Повна пояснена дисперсія

Метод виокремлення: Аналіз головних компонентів.

Компоненти	Початкові власні значення			Суми квадратів навантажень вилучення			Суми квадратів навантажень обертання		
	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)
1	9,06	33,57	33,57	9,06	33,57	33,57	6,07	22,51	22,51
2	5,31	19,67	53,24	5,31	19,67	53,24	5,49	20,36	42,87
3	4,16	15,43	68,67	4,16	15,43	68,67	5,46	20,26	63,12
4	2,59	9,62	78,29	2,59	9,62	78,29	4,09	15,17	78,29
5	0,57	2,10	80,39						
6	0,56	2,09	82,48						
7	0,48	1,79	84,27						
8	0,44	1,63	85,90						
9	0,40	1,46	87,37						
10	0,34	1,25	88,62						
11	0,31	1,13	89,75						
12	0,29	1,09	90,84						
13	0,25	0,92	91,76						
14	0,24	0,88	92,63						
15	0,21	0,78	93,41						
16	0,20	0,73	94,14						
17	0,18	0,66	94,80						
18	0,17	0,61	95,41						
19	0,14	0,52	95,93						
20	0,13	0,48	96,41						
21	0,12	0,46	96,87						

Продовження додатку Л.

Компоненти	Початкові власні значення			Суми квадратів навантажень вилучення			Суми квадратів навантажень обертання		
	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)
22	0,10	0,38	97,25						
23	0,10	0,35	97,60						
24	0,08	0,30	97,90						
25	0,07	0,27	98,17						
26	0,07	0,24	98,41						
27	0,06	0,23	98,65						
28	0,06	0,22	98,86						
29	0,05	0,19	99,05						
30	0,04	0,17	99,22						
31	0,04	0,14	99,36						
32	0,03	0,10	99,48						
33	0,02	0,07	99,58						
34	0,01	0,02	99,88						
35	0,01	0,01	100,00						

Матриця перетворення компонент

Компонента	1	2	3	4
1	0,72	-0,53	0,42	-0,18
2	-0,09	0,34	0,79	0,49
3	0,29	0,71	0,12	-0,63
4	0,63	0,32	-0,42	0,57

Метод вилучення: Аналіз методом головних компонент.

Метод обертання: Варимакс з нормалізацією Кайзера.

Продовження додатку Л.

Матриця обернених компонент	Компоненти			
	1	2	3	4
Інтегр. дезадаптованість	0,85	-0,27	0,23	-0,11
Неприйняття інших	0,84	-0,18		-0,17
Неприйняття себе	0,79	-0,18		0,16
Емоційний дискомфорт	0,76	-0,29	0,16	-0,19
Зовнішній контроль	0,73	-0,27	0,20	-0,22
Особистісна тривога	0,68		0,33	
Реактивна тривога	0,67	-0,29	0,27	-0,20
Підлеглисть	0,59		0,21	-0,32
Ескапізм	0,53	-0,37	0,46	0,17
Копінг Б	0,46		-0,37	
Суперництво	-0,37	-0,25	0,12	0,14
Незалежність	-0,33	0,20	0,32	0,26
Пристосування	0,23			-0,12
Я-сімейне	-0,18	0,89	0,18	
Я-психічне	-0,20	0,87		
Я-професійне	-0,23	0,82	0,17	
Депресивність	0,16	-0,76	0,25	
Я-фізичне	-0,17	0,74		0,11
Я-учнівське		0,70	0,16	
Копінг А	0,21	0,41	-0,35	
Копінг В		0,41		
Компромiс		0,40	-0,31	
Регресія	0,27	-0,11	0,76	-0,19
Компенсація		0,19	0,75	0,12
Неприйняття	-0,17		0,73	0,22
Раціоналізація	0,26	0,17	0,68	0,20
Ворожість	0,19	0,11	0,65	-0,25
Почуття провини	0,25		0,63	-0,16
Залежність	0,15	-0,12	0,61	0,35
Гіперкомпенсація	0,25		0,60	
Повна агресивність		-0,45	0,47	

Продовження додатку Л.

	Компоненти			
	1	2	3	
Неспілкування	0,31	-0,20	0,40	0,26
Співпраця			0,15	
Інтегр. адаптованість				0,82
Прийняття себе	-0,17	0,17		0,78
Прийняття інших	-0,15	-0,11		0,72
Емоційний комфорт	-0,22	0,13		0,70
Домінування				0,66
Внутрішній комфорт		-0,25	0,17	0,40
Фрустрованість		-0,17	0,18	-0,36
Спілкування	-0,11		0,33	0,35
Уникнення	0,20	0,14		-0,24
Метод вилучення: Аналіз методом головних компонент.				
Метод обернення: Варимакс з нормалізацією Кайзера.				
Обернення зійшлися за 6 ітераціями.				

**Результати факторного аналізу молоді
з вродженими порушеннями функцій опорно-рухового апарату**

Повна пояснена дисперсія

Метод виокремлення: Аналіз головних компонентів.

Компоненти	Початкові власні значення			Суми квадратів навантажень вилучення			Суми квадратів навантажень обертання		
	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)
1	10,95	22,82	22,82	10,95	22,82	22,82	8,29	20,90	20,90
2	9,03	18,82	41,64	9,03	18,82	41,64	6,25	15,76	36,66
3	4,87	10,14	51,77	4,87	10,14	51,77	4,77	12,02	48,68
4	4,31	8,98	60,75	4,31	8,98	60,75	4,00	10,10	58,78
5	3,28	6,83	67,58	3,28	6,83	67,58	3,49	8,80	67,58
6	1,95	4,07	71,65						
7	1,53	3,20	74,84						
8	1,36	2,84	77,69						
9	1,21	2,54	80,22						
10	1,12	2,35	82,57						
11	1,07	2,23	84,80						
12	1,00	2,10	86,90						
13	0,80	1,68	88,58						
14	0,71	1,49	90,06						
15	0,70	1,46	91,52						
16	0,60	1,25	92,78						
17	0,50	1,05	93,82						
18	0,44	0,92	94,74						
19	0,40	0,83	95,57						
20	0,33	0,69	96,26						
21	0,30	0,62	96,88						
22	0,26	0,54	97,42						
23	0,23	0,47	97,89						
24	0,21	0,45	98,34						
25	0,18	0,37	98,71						
26	0,16	0,33	99,04						
27	0,15	0,31	99,35						
28	0,10	0,20	99,55						
29	0,08	0,17	99,73						

Продовження додатку М.

Компоненти	Початкові власні значення			Суми квадратів навантажень вилучення			Суми квадратів навантажень обертання		
	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)
30	0,07	0,14	99,87						
31	0,04	0,09	99,97						
32	0,01	0,03	99,99						
33	0,00	0,00	99,99						
34	0,00	0,00	100,00						
35	0,00	0,00	100,00						
36	0,00	0,00	100,00						
37	0,00	0,00	100,00						
38	0,00	0,00	100,00						
39	0,00	0,00	100,00						
40	0,00	0,00	100,00						
41	0,00	0,00	100,00						
42	0,00	0,00	100,00						
43	0,00	0,00	100,00						
44	0,00	0,00	100,00						
45	0,00	0,00	100,00						
46	0,00	0,00	100,00						
47	0,00	0,00	100,00						
48	0,00	0,00	100,00						

Матриця перетворення компонент

Компонента	1	2	3	4	5
1	0,92	-0,13	-0,35	-0,04	-0,08
2	0,07	0,83	-0,24	0,47	0,19
3	0,35	0,15	0,87	0,22	-0,22
4	0,07	-0,41	0,12	0,46	0,77
5	-0,14	-0,33	-0,21	0,72	-0,56

Метод вилучення: Аналіз методом головних компонент.

Метод обертання: Варимакс з нормалізацією Кайзера.

Продовження додатку М.

Матриця обернених компонент	Компонента				
	1	2	3	4	5
Інтегр. дезадаптованість	0,91		-0,18		
Зовнішній комфорт	0,86		-0,22		
Емоційний дискомфорт	0,82		-0,27	0,11	0,16
Підлеглість	0,74	0,18	0,14		
Неприйняття себе	0,73		-0,29	-0,22	0,18
Депресивність	0,69	0,35			-0,14
Неприйняття інших	0,68	-0,13	-0,18		
Ескапізм	0,65	0,44	0,17		-0,18
Регресія	0,64				-0,29
Особистісна тривога	0,62	-0,47		-0,12	0,19
Повна агресивність	0,54		-0,13	0,40	
Поведінкова скл. адапт.	-0,50	0,41			0,48
Почуття провини	0,49		-0,24		
Неприйняття бор.	0,48	-0,23	0,37	0,30	
Витіснення	0,26		-0,10	0,25	
Інтегр. адаптованість		0,83	-0,20	0,30	0,28
Прийняття себе	-0,12	0,80	-0,14		
Емоційний комфорт	-0,12	0,80			
Прийняття інших	0,17	0,72		0,29	0,17
Комунікаційна скл. адапт.	-0,27	0,66	0,19		0,13
Фрустрованість		-0,60			0,13
Компенсація	0,23	0,54	-0,14	0,20	0,16
Реактивна тривога	0,44	-0,54	0,23	-0,26	0,11
Компроміс	-0,25	-0,41	-0,27	0,34	0,26
Копінг В	-0,21	-0,38			
Я-сімейне	-0,21		0,85		-0,14
Я-професійне	-0,18		0,83	0,13	0,10
Я-фізичне	-0,16	-0,30	0,82	0,15	-0,16
Я-внутрішнє	-0,11	0,22	0,66	0,48	
Копінг Б		-0,11	-0,57	0,12	
Я-учнівське	-0,48		0,57	-0,25	0,12
Домінування		0,38	-0,47	0,26	
Копінг А	-0,15		0,25	-0,10	
Залежність	0,16			0,70	
Раціоналізація		0,33		0,69	
Емоційно-афективна скл. адапт.	-0,36	0,39	0,10	0,65	0,17
Спілкування		0,45		0,56	0,13
Неспілкування	0,28			0,51	-0,13
Незалежність			-0,40	-0,51	0,37
Співпраця				-0,31	
Прийняття бор.	0,28		-0,20		-0,73
Внутрішній комфорт	0,20	0,39	-0,30	0,11	0,66
Уникнення	0,21				0,64
Суперництво	-0,12	0,32	0,34	-0,21	-0,59
Когнітивна скл. адапт.	-0,26	0,17	0,11	0,43	0,58

Продовження додатку М.

	Компонента		3	4	5
	1	2			
Мотив.-вольова скл. адапт.	-0,32	0,37	-0,10	0,43	0,53
Гіперкомпенсація	0,38		0,15	0,11	0,42
Ворожість	0,34	-0,10		0,32	-0,35
Метод вилучення: Аналіз методом головних компонент.					
Метод обернення: Варимакс з нормалізацією Кайзера.					
			Обернення зійшлися за 8 ітераціями.		

Результати факторного аналізу молоді з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Повна пояснена дисперсія

Метод виокремлення: Аналіз головних компонентів.

Компоненти	Початкові власні значення			Суми квадратів навантажень вилучення			Суми квадратів навантажень обертання		
	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)
1	20,24	30,66	30,66	20,24	30,66	30,66	18,20	27,58	27,58
2	12,70	19,25	49,91	12,70	19,25	49,91	13,13	19,89	47,47
3	10,65	16,14	66,05	10,65	16,14	66,05	11,05	16,74	64,21
4	8,70	13,18	79,23	8,70	13,18	79,23	9,91	15,02	79,23
5	6,43	9,75	88,98						
6	4,53	6,86	95,84						
7	2,75	4,16	100,00						
8	0,00	0,00	100,00						
9	0,00	0,00	100,00						
10	0,00	0,00	100,00						
11	0,00	0,00	100,00						
12	0,00	0,00	100,00						
13	0,00	0,00	100,00						
14	0,00	0,00	100,00						
15	0,00	0,00	100,00						
16	0,00	0,00	100,00						
17	0,00	0,00	100,00						
18	0,00	0,00	100,00						
19	0,00	0,00	100,00						
20	0,00	0,00	100,00						
21	0,00	0,00	100,00						
22	0,00	0,00	100,00						
23	0,00	0,00	100,00						
24	0,00	0,00	100,00						
25	0,00	0,00	100,00						
26	0,00	0,00	100,00						
27	0,00	0,00	100,00						
28	0,00	0,00	100,00						
29	0,00	0,00	100,00						
30	0,00	0,00	100,00						
31	0,00	0,00	100,00						

Продовження додатку Н.

Компоненти	Початкові власні значення			Суми квадратів навантажень вилучення			Суми квадратів навантажень обертання		
	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)
32	0,00	0,00	100,00						
33	0,00	0,00	100,00						
34	0,00	0,00	100,00						
35	0,00	0,00	100,00						

Матриця перетворення компонент

Компонента	1	2	3	4
1	0,882132	0,427774	0,047766	-0,19123
2	0,317766	-0,59868	0,673551	0,294848
3	-0,25071	0,672862	0,508165	0,475572
4	0,240855	-0,07647	-0,53462	0,806428

Метод вилучення: Аналіз методом головних компонент.

Метод обертання: Варимакс з нормалізацією Кайзера.

Матриця обернених компонент

	Компонента			
	1	2	3	4
Регресія	0,91	-0,26	-0,25	0,19
Повна агресивність	0,88	0,23	-0,16	-0,13
Інтегр. адаптованість	0,88	-0,22	0,20	0,13
Брехня (негативне значення)	0,87	-0,43		-0,13
Раціоналізація	0,87	-0,34		
Компенсація	0,86	0,15		-0,18
Підозрілість	0,85	0,31	-0,27	
Фізична агресія	0,85	0,37	-0,21	-0,15
Внутрішній комфорт	0,85	-0,17	0,28	0,38
Я-учнівське	0,84	0,28		0,31
Комунікаційний механізм (дезадаптивна стратегія)	-0,83	-0,28	-0,17	0,33
Проекція	0,82	0,27	0,29	-0,21
Заміщення	0,79	0,42		-0,17
Витіснення	0,78	0,54	-0,17	-0,23
Прийняття себе	0,73	-0,15	0,11	0,12
Незалежність	0,73	0,52	0,11	0,10
Домінування	0,72	0,49	0,14	
Вербальна агресія	0,71			-0,20
Неприйняття	0,68			

Продовження додатку Н.

	Компонента			
	1	2	3	4
Гіперкомпенсація	0,68			0,16
Комунікаційний механізм (адаптивна стратегія)	0,65	0,23	0,20	-0,42
Неприйняття боротьби	0,62		0,22	
Я-сімейне	0,60	0,47	0,46	0,14
Неспілкування	0,58	0,22	0,13	0,54
Емоційний комфорт	0,57	-0,36	-0,47	-0,29
Прийняття бор.	0,24	0,93		0,23
Дратівливість	0,14	0,87		
Мотив.-вольовий механізм (дезадаптивна стратегія)	0,17	-0,86	-0,40	0,15
Пристосування	0,32	-0,84	0,31	0,15
Ворожість	0,33	0,79	-0,34	-0,30
Емоційно-афективний механізм (дезадаптивна стр.)	-0,26	-0,79	-0,19	
Емоційно-афективний механізм (адаптивна стратегія)	0,30	0,76	0,27	-0,13
Суперництво		0,71	-0,34	-0,51
Мотив.-вольовий механізм (адаптивна стратегія)	0,39	0,71	0,49	
Непряма агресія	0,51	0,66	-0,30	-0,34
Образливість	0,39	0,64	-0,45	-0,46
Негативізм	-0,22	0,61		-0,21
Копінг А	-0,38	0,57	-0,36	0,26
Особистісна тривога	-0,35	-0,49	0,20	0,25
Когнітивний механізм (адаптивна стратегія)			0,92	0,17
Поведінковий механізм (адаптивна стратегія)			0,88	
Когнітивний механізм (дезадаптивна стратегія)	0,13		-0,86	-0,13
Реактивна тривога	-0,15	0,26	-0,83	-0,31
Залежність	0,36	-0,13	0,81	-0,22
Я-професійне	0,40	-0,29	0,80	
Почуття провини			0,80	-0,32
Прийняття інших	0,25	-0,13	0,74	
Фрустрованість	0,12	-0,59	-0,70	-0,19
Поведінковий механізм (адаптивна стратегія)	-0,23	0,16	-0,65	0,48
Я-фізичне	-0,35	0,22	0,62	
Я-внутрішнє		0,54	0,62	0,18
Уникнення	-0,35	-0,47	0,52	0,48
Співпраця	-0,20		0,19	
Інтегр. дезадаптованість		0,28	0,20	0,92
Неприйняття себе	-0,24		0,28	0,86
Емоційний дискомфорт	-0,47		-0,21	0,82
Копінг Б	-0,26		0,28	-0,79
Неприйняття інших	0,38	0,50		0,75
Спілкування	0,42	0,24	0,28	-0,71
Компроміс	0,11	0,38	-0,30	-0,66
Ескапізм		0,25	0,59	0,64
Зовнішній комфорт		-0,23	0,13	0,63

Продовження додатку Н.

	Компонента			
	1	2	3	4
Підлеглість	-0,49	0,55	-0,15	0,57
Копінг В	0,44	-0,26	-0,31	0,46
Депресивність	0,14	-0,23		0,37
Метод вилучення: Аналіз методом головних компонент.				
Метод обернення: Варимакс з нормалізацією Кайзера.				
Обернення зійшлися за 6 ітерац.				

**Результати факторного аналізу ветеранів з нещодавно набутими
порушеннями функцій опорно-рухового апарату**

Повна пояснена дисперсія

Метод виокремлення: Аналіз головних компонентів.

Компоненти	Початкові власні значення			Суми квадратів навантажень вилучення			Суми квадратів навантажень обертання		
	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)
1	10,95	27,26	27,26	10,95	27,26	27,26	9,92	25,47	25,47
2	9,68	24,21	51,47	9,68	24,21	51,47	9,49	23,62	49,09
3	4,92	12,48	63,95	4,92	12,48	63,95	5,73	14,85	63,95
4	2,78	6,96	70,91						
5	2,46	6,15	77,06						
6	2,24	5,60	82,66						
7	1,99	4,99	87,65						
8	1,84	4,62	92,27						
9	1,48	3,71	95,98						
10	1,18	2,96	98,94						
11	0,42	1,06	100,00						
12	0,00	0,00	100,00						
13	0,00	0,00	100,00						
14	0,00	0,00	100,00						
15	0,00	0,00	100,00						
16	0,00	0,00	100,00						
17	0,00	0,00	100,00						
18	0,00	0,00	100,00						
19	0,00	0,00	100,00						
20	0,00	0,00	100,00						
21	0,00	0,00	100,00						
22	0,00	0,00	100,00						
23	0,00	0,00	100,00						
24	0,00	0,00	100,00						
25	0,00	0,00	100,00						
26	0,00	0,00	100,00						
27	0,00	0,00	100,00						
28	0,00	0,00	100,00						
29	0,00	0,00	100,00						
30	0,00	0,00	100,00						

Продовження додатку О.

Компоненти	Початкові власні значення			Суми квадратів навантажень вилучення			Суми квадратів навантажень обертання		
	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)	Разом	Дисперсії (%)	Кумулятивний (%)
31	0,00	0,00	100,00						
32	0,00	0,00	100,00						
33	0,00	0,00	100,00						
34	0,00	0,00	100,00						
35	0,00	0,00	100,00						

Матриця перетворення компонент

Матриця перетворення компонент				
Компонента	1	2	3	
1	0,907	-0,072	0,379	
2	0,144	0,978	-0,117	
3	0,224	-0,077	-0,798	
4	0,325	-0,178	-0,455	
Метод вилучення: Аналіз методом головних компонент.				
Метод обертання: Варимакс з нормалізацією Кайзера.				

Матриця обернених компонент

	Компонента		
	1	2	3
Інтегр. дезадаптованість	0,90	-0,23	-0,20
Реактивна тривога	0,85		-0,38
Зовнішній комфорт	0,82		-0,40
Регресія	0,80	0,12	0,18
Відомість	0,75		-0,13
Фрустрованість	0,72	-0,21	-0,19
Емоційний дискомфорт	0,63	-0,15	-0,42
Депресивність	0,62	-0,51	-0,16
Неприйняття інших	0,61	-0,47	-0,15
Ворожість	0,61		0,55
Особистісна тривога	0,61	0,19	-0,41
Неспілкування	0,58	0,37	-0,17
Повна агресивність	0,57	0,53	
Внутрішній комфорт	0,57	0,32	

Продовження додатку О.

	Компонента		3
	1	2	
Копінг В	-0,55		-0,12
Емоційно-афективний механізм (адаптивна стратегія)	-0,54		0,20
Ескапізм	0,53	-0,14	-0,22
Спілкування	0,48		
Витіснення	0,44		0,12
Я-професійне	-0,38	0,33	0,19
Інтегр. адаптованість	0,37	0,16	0,29
Суперництво	-0,24	-0,89	-0,15
Співпраця	0,46	0,80	0,23
Прийняття себе		0,80	
Прийняття інших	-0,11	0,80	-0,23
Неприйняття себе		-0,80	0,19
Залежність	-0,16	0,77	0,22
Я-сімейне	0,11	0,74	0,25
Компенсація	0,30	0,70	-0,20
Я-внутрішнє	-0,27	0,69	-0,11
Прийняття бор.		-0,65	-0,11
Уникнення		0,62	0,16
Я-учнівське	-0,31	0,60	-0,12
Компромiс		0,59	
Копінг А	-0,30	-0,54	-0,26
Комунікаційний механізм (адаптивна стратегія)	-0,15	0,53	0,35
Почуття провини	0,26	0,44	
Я-фізичне	-0,37	0,41	-0,36
Поведінковий механізм (адаптивна стратегія)			0,86
Гіперкомпенсація	0,39		0,81
Мотиваційно-вольовий механізм (адаптивна стратегія)	-0,15	0,13	0,74
Когнітивний механізм (адаптивна стратегія)	-0,41		0,71
Раціоналізація	0,46		-0,60
Емоційний комфорт		-0,42	0,47
Домінування		-0,30	-0,46
Неприйняття боротьби			0,44
Незалежність		-0,21	-0,38
Копінг Б		0,25	-0,38
Метод вилучення: Аналіз методом головних компонент.			
Метод обернення: Варимакс з нормалізацією Кайзера.			
			Обернення зійшлися за 5 ітераціями.