

Також важливим є врахування того, що дитина з відхиленнями в розвитку не може продуктивно розвиватися без спеціально створеної ситуації успіху, відтак, потрібно постійно створювати педагогічні умови, за яких дитина зможе перенести засвоєні способи і навички в нову ситуацію.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6-ти томах. Т. 5. Основы дефектологам: [Под ред. Т.А. Власовой.] – М: Педагогика, 1983. – с.256.
2. Дитина: Освітня програма для дітей віком від двох до семи років / Наук. кер. проектом: В.О. Огнев'юк; авт. кол.: Г.В. Беленька, О.Л. Богініч, Н.І. Богданець-Білокаленко [та ін.]; нак. ред.: Г.В. Беленька, М.А. Машовець; Мін. освіти та науки країни, Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, – К.: Київ. ун-т ім.Б. Грінченка, 2016. – 304 с.
3. Мартинчук О.В. Основи корекційної педагогіки: [навч.-метод. посібник для студентів напряму підготовки «Дошкільна освіта»] / Олена Валеріївна Мартинчук. – 2-ге вид. – К.: Київськ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2011. – 288 с.
4. Обухівська А.Г. Психологічний супровід інклюзивної освіти : [метод. рек] / автор. кол. за заг. ред. А. Г. Обухівська. – Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. – 92 с.
5. Оленіч Т.М. Психологічний супровід дітей з особливими освітніми потребами. Методичний посібник. – Берестівський навчально-виховний комплекс «Загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів – дошкільний навчальний заклад», 2014 р., 43 с.

**С. Шевченко,**

кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології  
Мелітопольського державного педагогічного університету ім. Б. Хмельницького

УДК 364.62-787.2-056.266

### СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ЕФЕКТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

*У статті розглядаються соціально-психологічні фактори, що впливають на внутрішню картину хвороби та обумовлюють ефективність реабілітації осіб з обмеженими можливостями. Робиться висновок, що сучасна реабілітація повинна мати комплексний, всебічний характер, основні принципи в реабілітаційній роботі з людьми з обмеженими можливостями повинні відповідати особистісноорієнтованій парадигмі.*

**Ключові слова:** психологічна реабілітація, соціально-психологічні фактори, обмежені можливості, соціально-психологічна адаптація, психологічне реагування на хворобу.

*The article discusses the socio-psychological factors that affect the internal picture of the disease and determine the effectiveness of the rehabilitation of persons with disabilities. It is concluded that modern rehabilitation should be comprehensive, comprehensive, the basic principles in the*

*rehabilitation work with people with disabilities should be consistent with the personality-oriented paradigm.*

**Keywords:** *psychological rehabilitation, socio-psychological factors, limited opportunities, socio-psychological adaptation, psychological response to the disease.*

Психологічна реабілітація - система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особистості, створення сприятливих умов для її розвитку та реалізації. Діяльність реабілітаційних установ на сьогоднішній день будується на наданні медико-соціальних, соціально-побутових, соціально-середових, соціокультурних, дозвілєвих, профорієнтаційних та профконсультаційних, психолого-педагогічних і соціально-психологічних послуг. На кожному етапі реабілітації психолог повинен брати активну участь [4]. Конкретні завдання і форми роботи психолога багато в чому визначаються типом реабілітаційної установи. Завданням психолога центрів (відділень) комплексної реабілітації є: визначення психологічного статусу інваліда; визначення індивідуального реабілітаційного потенціалу та інформування інваліда про перспективи реабілітації; первинна корекція неадекватних особистісних установок; формування активної позиції щодо участі в реабілітаційному процесі; визначення соціального статусу з урахуванням нових соціально-рольових можливостей, соціально-побутових умов і соціально-культурних запитів; визначення професійного статусу з урахуванням обмежень в цій сфері життєдіяльності і можливості навчання, перенавчання та можливості адекватного працевлаштування і адаптації до нової професії (місцем роботи); розробка психолого-педагогічних корекційних і розвиваючих програм, що сприяють підвищенню ефективності навчання (професійного навчання, перенавчання), особистісному зростанню учнів і соціально-психологічній адаптації; надання конкретної психологічної допомоги при зверненні інваліда або членів його сім'ї; розкриття перед інвалідом його прихованих потенційних можливостей, навчання навичкам комунікації, гнучкому адаптивному поведінці, виведення його на більш високий рівень соціальної активності і вмотивованості; динамічний контроль за процесом реабілітації і оцінка її ефективності [1, с.20-26].

На нашу думку, ефективність реабілітації людей з обмеженими можливостями багато в чому визначається соціально-психологічними факторами, зупинимося на деяких з них.

По-перше, тип соціально-психологічної адаптації особистості до існуючої ситуації. Так, наприклад, О. Холостова та Н. Дементьева виділяють чотири основні типи соціально-психологічної адаптації інвалідів до існуючої ситуації:

- активно-позитивна позиція - характернее прагнення пошуку самостійного виходу з ситуації, що супроводжується сприятливими соціально-психологічними особливостями особистості (достатньо високасамооцінка, задоволеність життям іт. п.);

- пасивно-негативна позиція - незадоволеність своїм положенням (разом з відсутністю бажання самостійно поліпшити його) супроводжується зниженою самооцінкою, психологічним дискомфортом, настороженням відношенням до

оточуючих, тривожністю, очікуванням катастрофічних наслідків навіть від побутових негаразд;

- пасивно-позитивна позиція, яка при об'єктивно незадоволеному соціально-економічному положенні і низькій самооцінці приводить в цілому до відносної задоволеності існуючою ситуацією і, як наслідок, відсутності бажання активно міняти її в кращу сторону. Ця позиція характерна для людей старших вікових груп;

- активно-негативна позиція, яка при психологічному дискомфорті і незадоволеності життям не заперечує бажання самостійно змінити своє положення, проте практичних наслідків це немає через ряд суб'єктивних і об'єктивних обставин. Така позиція характерна для інвалідів середнього віку [3, с.55-57], [2].

По-друге, серед особливостей особистості у формуванні внутрішньої картини хвороби особливу увагу слід звернути на вік людини з обмеженими можливостями. Так, наприклад, С. Попов вказує на те, що у дітей переважають не інформативна або вольова, а емоційна сторона реагування на захворювання. Страх, оточуючі дитину незнайомі люди, малозрозуміла маніпуляція, біль - ось що є основним в переживанні ними хвороби. При інвалідності в середньому, працездатному віці, на перший план виступає інформативний аспект - розуміння хворим перебігу захворювання і наслідків хвороби, при чому переважають не стільки побоювання за порушення здоров'я, скільки тривога за можливі соціальні наслідки захворювання, такі як зміна роботи та спеціальності, зменшення заробітку, встановлення групи інвалідності, розлад в сім'ї і таке інше. У літньому віці на перший план у внутрішній картині хвороби знов виступає її емоційна сторона - страх самотності та смерті. Віковий аспект формування внутрішньої картини хвороби повинен знати і враховувати кожний фахівець, який працює з данною категорією осіб [1].

По-третє, темперамент, що істотно впливає на внутрішню картину хвороби та результативність реабілітації. На думку С.Попова, реакція інвалідів на хворобу в значній мірі залежить від типу темпераменту.

Особи з сангвінічним темпераментом (сильний, урівноважений, рухливий тип) схильні недостатньо серйозно відноситися до захворювання, особливо на ранніх етапах захворювання, вони часто недооцінюють серйозність стану свого здоров'я і в результаті легко звикають з новою психологічною роллю хворого, легко звикають до нових обмежених можливостей, нової роботи, до людей, до ситуації, що створилася. Соціально-трудова реабілітація їх відносно нескладна і залежить в основному від типу течії і форми захворювання. Проте медико-фізичні реабілітаційні програми, що особливо вимагають наполегливості і завзятості в досягненні поставленої мети, виконуються ними не в повному обсязі, тому потребують своєчасного контролю зі сторони спеціалістів. Позитивною якістю осіб з сангвінічним темпераментом є їх рухливість, енергійність, уміння добре адаптуватися в складних життєвих ситуаціях.

Інваліди з холеричним темпераментом (сильний, неурівноважений тип з перевагою процесу збудження) у край важко переживають хворобу або інвалідність, оскільки вони ведуть до ломки звичного життєвого стереотипу, вони легко переходять від відчаю до невиправданого оптимізму. Неврівноваженість їх нервових процесів іноді

служить причиною конфліктів зі спеціалістами, проте план намічених реабілітаційних заходів вони виконують достатньо наполегливо. Адаптувавшись до ситуації хвороби і інвалідності, вони з великою енергією прагнуть подолати хворобу, залишаючись наполегливими, цілеспрямованими в досягненні поставленої мети. У проведенні заходів щодо соціально-трудової реабілітації наполегливі, хоча потребують своєчасної емоційної підтримки.

Особи з флегматичним темпераментом (сильний, урівноважений, інертний тип) звичайно спокійно зустрічають звістку про захворювання або встановлення групи інвалідності, емоційно як би не відчувши ситуацію. Вони мовчазні, своїми труднощами, проблемами, переживаннями не діляться. У важкій життєвій ситуації прагнуть максимально зберегти колишній життєвий стереотип, наполегливо лікуються, досягаючи завдяки цьому максимальних результатів у виконанні реабілітаційної програми. Проте їх професійна реабілітація у ряді випадків може бути ускладнена, оскільки вони не схильні до перенавчання, зміни роботи, способу життя і діяльності, украй важко переживають втрату колишніх можливостей і життєвої перспективи.

Найбільш складні для лікування і відновлення працездатності хворі з меланхолічним темпераментом (слабкий, неврівноважений, інертний тип). Вони украй важко переживають навіть незначне погіршення стану здоров'я, неухважність або нечуйність з боку персоналу. Дуже образливі, легко ранимі. При захворюванні, встановленні групи інвалідності впадають в паніку, схильні переоцінювати складність ситуації, що створилася. Легко втрачають віру в себе, свої сили та можливості реабілітації. Свої потенційні можливості оцінюють також украй низько, тому у них можуть виникати труднощі в реалізації реабілітаційних програм, лікувальних процедур, працевлаштування, в навчанні та перенавчанні. Недостатньо наполегливі в досягненні поставленої мети, насилу знаходять раціональний вихід з ситуації, що створилася, схильні до заглиблення в хворобу, формуванню іпохондричних надцінних установок, суїцидним спробам. При роботі з ними основним терапевтичним завданням є установка на формування у пацієнта реальної життєвої перспективи, підвищення віри в свої можливості, сприятливий результат захворювання, підвищену чуйність і увагу до нього [4].

По-четверте, істотну роль у формуванні внутрішньої картини хвороби та подальшої результативності реабілітаційної програми грає спрямованість особистості, що розкривається у почутті відповідальності. При високому почутті відповідальності за доручену справу, сім'ю, дітей хворий схильний долати свої патологічні відчуття, іноді ухилятися від лікування, дуже рано приступати до роботи. Знижене почуття відповідальності веде до того, що людина, навпаки, схильна використовувати розвинуте захворювання і дану життєву ситуацію, зокрема встановлення групи інвалідності, для особистої вигоди [5, с.301-307].

На основі оцінки впливу трьох факторів (природи самого соматичного захворювання, типу особистості, в якому найбільш важливу складову частину визначає тип акцентуації характеру, і ставлення до даного захворювання в референтній для

хворого групі) А. Личко і Н. Іванов розробили типологію психологічного реагування на хворобу. Типи об'єднані по блоках.

Перший блок типології включає типи ставлення до хвороби, при яких соціальна адаптація суттєво не порушується. Це гармонічний, ергопатичний та анозогнозичний типи.

У другий і третій блоки входять типи реагування на хворобу, які через захворювання характеризуються наявністю психічної дезадаптації.

Другий блок типології реагування на хворобу включає типи реагування переважно з інтрапсихічною спрямованістю: тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний і апатичний. Особливістю даної групи є те, що емоційно-афективна сфера відношень у хворих з цими типами реагування клінічно проявляється в дезадаптивній поведінці: реакції за типом дратівливої слабості, тривожності, пригніченого стану, «поринання» в хворобу, відмови від боротьби – «капітуляція» перед хворобою і т. д.

Третій блок включає типи реагування з інтерпсихічною спрямованістю. В цей блок входять типи з таким сенсibiliзованим ставленням до хвороби, яке в найбільшому ступені залежить від преморбідних особливостей особистості: сенситивний, егоцентричний, паранояльний і дисфоричний. Хворі з цими типами ставлення до хвороби при різних емоційно-афективних реакціях характеризуються дезадаптивною поведінкою, яка призводить до порушення їх соціального функціонування.

Слід відзначити, що ставлення до хвороби охоплює всі характеристики, які притаманні психологічним ставленням, і включає в себе когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти. Когнітивний компонент містить знання про хворобу, її усвідомлення, розуміння її ролі і впливу на життєве функціонування хворого, передбачуваний прогноз. Емоційний компонент – це відчуття і переживання хвороби і всієї ситуації, що з нею пов'язана. Поведінковий компонент – це пов'язані з хворобою реакції, які сприяють адаптації або дезадаптації до неї і вироблення певної стратегії поведінки в життєвих ситуаціях у зв'язку з хворобою (прийняття або неприйняття ролі хворого, активна боротьба з хворобою, ігнорування, песимістична установка і т. д.) [6].

Отже, сучасна реабілітація повинна мати комплексний, всебічний характер, з урахуванням всіх факторів, що обумовлюють її ефективність. Основні принципи в реабілітаційній роботі з людьми з обмеженими можливостями повинні відповідати особистісноорієнтованій парадигмі.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Андреева О. С. Принципи формування та реалізації індивідуальної програми реабілітації інваліда / О. С. Андреева // Медико-соціальна експертиза та реабілітація. - 2000. - № 4. - С. 20-26.
2. Березін Ф. Б. Психологічна і психофізіологічна адаптація людини / Ф.Б. Березін. - Л.: Медицина, 1988. - 368 с.

3. Дементьєва Н.Ф. Психосоціальна реабілітація інвалідів / Н.Ф. Дементьєв, Б.А. Сірнікова, В.С. Ларіонова// Вісник Всерос. товариства фахівців з медико-соціальної експертизи, реабілітація і реабілітаційної індустрії. – 2008. - №4. - С.55-57.

4. Кабанов М.М. Психосоціальна реабілітація та соціальна психіатрія / М.М. Кабанов. - СПб., 1998.

5. Купрєєва О. І. Методика діагностики ставлення до інших людей з інвалідністю /О.І. Купрєєва // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць. - К.: Університет "Україна", 2004. - С. 301-307.

6. Личко А. Е. Психопатія і акцентуація характеру /А.Е. Личко. - Л.: Медицина, 1993. - 256 с.