МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
«УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ ІНВАЛІДНОСТІ МОЗ УКРАЇНИ»

**МОЛОДЬ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ:
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ**

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ
ПРОБЛЕМ ІНВАЛІДНОСТІ МОЗ УКРАЇНИ»

ДРОЗДОВА І. В., ХРАМЦОВА В. В.,
ГОНЧАР Ю. О., КОЛГАНОВ І. А.

МОЛОДЬ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ: ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

*Методичні рекомендації
для фахівців із корекційної освіти, практичних
та медичних психологів загальноосвітніх
і спеціалізованих навчальних закладів,
лікувально-профілактичних установ та
медико-соціальних експертних комісій*

Київ
ТОВ «Видавничий дім «Інтернаука»
2018

УДК 316.74:37-056.26

ББК 60.55.325.11

М75

DOI: 10.25313/2520-2057-2018-4-36

Установа-розробник —
Державна установа «Український державний
науково-дослідний інститут медико-соціальних
проблем інвалідності МОЗ України»

Рекомендовано до друку
рішенням Вченої ради інституту
ДУ «Укр Держ НДІ СМПІ МОЗ України»
протокол № 3 від 23 травня 2018 року

Упорядники:

д.мед.н., ст.н.с. І. В. Дроздова, к.психол.н. В. В. Храмцова, к.пси-
хол.н. Ю. О. Гончар, І. А. Колганов

Рецензенти:

Завідувач кафедри психотерапії Харківської медичної академії після-
дипломної освіти МОЗ України, д.мед.н., професор **Б. В. Михайлов**

Завідувач кафедри психіатрії, загальної та медичної психології
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» д.мед.н.,
професор **І. Д. Спіріна**.

Молодь з особливими потребами: психологічні аспекти меди-
ко-соціальної експертизи: Методичні рекомендації. — Київ:
ТОВ «Видавничий дім «Інтернаук», 2018. — 36 с.

ISBN 979-966-97817-0-3

Методичні рекомендації присвячені проблемі визначення життєвого шляху молодих людей з особливими потребами. Розроблено модель формування їх життєвої перспективи з урахуванням певних особливостей їх соціальної ситуації розвитку та наведено відповідний психодіагностичний інструментарій. Визначені психологічні фактори, що сприяють інвалідизації та порушенню розвитку життєвої перспективи молодих осіб із статусом дитини-інваліда. Запропоновано моделі дослідження соціально-психологічних факторів формування життєвої перспективи для кожного з вікових етапів розвитку у молоді з особливими потребами.

ISBN 979-966-97817-0-3

© Дроздова І.В., Храмцова В.В., Гончар Ю.О.,
упорядкування, 2018

© ТОВ «Видавничий дім «Інтернаук», 2018

ЗМІСТ

Вступ.....	4
1. Особливості формування життєвої перспективи молоді	7
2. Дитинство.....	24
3. Підлітки	26
4. Визначення розвитку життєвої перспективи молодих людей із статусом дитини-інваліда	28
Резюме.....	30
Список використаних джерел	31
Акт упровадження	35

ВСТУП

Ставлення до людей з особливими потребами є одним із найважливіших показників цивілізованості суспільства. Як соціальне явище проблема інвалідності пройшла шлях від ідей ізоляції «неповноцінних» членів суспільства до роздумів про важливість їх особистісної реалізації та участі в житті суспільства. Розуміючи, що це проблема не однієї людини, а суспільства в цілому, людство, таким чином, підійшло до визначення необхідності інтеграції осіб із особливими потребами в усі суспільні інститути. На сьогодні в соціумі домінує медична модель сприйняття інвалідності, де акцент ставиться на самому порушенні і всі питання стосуються лікування й реабілітації. Та людина з особливими потребами, в свою чергу, приходить до думки про те, що вона повинна відповідати суспільству, опинившись в обставинах, коли вона «не є частиною суспільного життя». Суспільство, ніби, може запропонувати тільки дві ролі, особам з інвалідністю: роль «хворого», яка потребує допомоги і пристосування до цього стану, і роль «здорового», яка заперечує себе як інваліда й здійснює титанічні зусилля для досягнення «норми». Але обмеженість життєдіяльності — соціальне явище, притаманне кожній державі [1, 2].

Через наявність проблем зі здоров'ям, особи з особливими потребами потребують вжиття з боку державних та громадських інституцій спеціальних заходів, спрямованих на забезпечення їх повноцінної участі в житті соціуму на рівні з іншими. Чимало країн, при формуванні державної соціальної політики стосовно людей з особливими потребами, надають пріоритетного значення саме «соціальному» підходу до проблеми, який сприяє ширшому залученню їх до участі у суспільному житті, реалізації їхніх прав як громадян країни та позначається на змісті заходів, спрямованих на зменшення негативних наслідків інвалідності. Сучасні підходи розглядають інвалідність як обмеження життєдіяльності, спираючись на «International classification of functioning, disability and health» від 2001 р. (ICF), що включає різні сфери функціонування особистості в соціумі. Основною загальною метою, згідно до стратегії Ради Європи про права осіб з особливими потребами на 2017–2023 роки, є досягнення гідних умов та рівних можливостей для осіб з інвалідністю [1, 3, 4]. Формування та реалізація державної політики здійснюється на основі норм Конституції України, законів України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», «Про основи соціальної захищеності інвалідів України», Державної

цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2012 р. № 706, Конвенції ООН про права дитини. Національним законодавством встановлено гарантії для осіб цієї категорії, які стосуються всіх сфер життєдіяльності суспільства, в тому числі, охорони здоров'я, освіти, зайнятості, дозвілля, відпочинку, спорту тощо [5–9].

Діти з особливими потребами є окремою категорією, яка потребує особливої уваги, так як їх особистість та обмеження життєдіяльності формуються у взаємодії з соціумом [10–11].

Системний аналіз стану здоров'я дітей та підлітків України показав, що впродовж останніх років утримується дестабілізація їх здоров'я, що безпосередньо впливає на рівень первинної інвалідності осіб 18 років. В Україні протягом 2008–2016 років серед підлітків 15–18 років поширеність усіх хвороб зросла на 38,87 % (з 17037,06 до 23659,1), захворюваність — на 32,32 % (з 9444,78 до 12497,6 на 10 тис. населення). Продовжується тенденція до збільшення захворюваності дітей з віком, так у 2016 році поширеність усіх хвороб в Україні складала серед дітей 171209,7 та серед підлітків — 215452,8 на 100 тис. населення, а захворюваність — 132750,8 і 124975,6 на 100 тис. населення. Захворюваність та поширеність хвороб дітей та підлітків безпосередньо впливає на їх життєдіяльність та у подальшому на формування їх обмежень у дорослому житті [10].

Останнім часом концепція соціальної участі для дітей та підлітків стала одним із основних питань у галузі охорони здоров'я, соціальної служби та реабілітації. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у 2007 році прийняла «International classification of functioning, disability and health: children & youth version: ICF-CY» (ICF-CY), зробивши акцент саме на тому, що їх психофізичний розвиток — це динамічний процес, який залежить від зростання їх «компетентності, соціальної участі та незалежності». Також модель ICF-CY не визнає віктимізацію будь-якого типу як бар'єр середовища для участі молодих людей [11]. Це виключення важливе тому, що немає даних, які дозволили б побачити, що молодь з обмеженими можливостями буде відрізнятися від здорової молоді, яка внаслідок віктимізації стає більш соціально ізольованою, має більше труднощів з підтримкою близьких та однолітків, а також має менше шансів брати участь у спортивних та інших суспільних видах діяльності [12]. Молоді люди, які не беруть участь у рекреаційних та інших структурних заходах, частіше мають погану фізичну підготовку, ожиріння та емоційні й поведінкові проблеми.

Участь у суспільному житті має надважливе значення для здоров'я та благополуччя молоді з особливими потребами та їх сімей. Готовність їх до активної соціальної взаємодії дає змогу встановлювати стосунки з однолітками і старшими людьми, отримувати знання, розвивати та практикувати соціально-емоційні навички, необхідні для успішного переходу до самостійності та побудування власного життя.

Таким чином, для успішної соціальної активності осіб з особливими потребами, важливими складовими програм реабілітації з самого дитинства мають бути інклюзивна освіта, психологічна діагностика, консультування, патронаж, корекція та визначення порядку організації та надання психологічної допомоги.

1. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ЖИТТЄВОЇ ПЕРСПЕКТИВИ МОЛОДІ

Життєву перспективу досить часто ототожнюють із часовою перспективою, перспективою майбутнього, психологічною перспективою. Хоча ці поняття й відображають параметр суб'єктивності часу, але за своєю сутністю не є однаковими. К. А. Абульхановою-Славською було висунуто припущення, щодо тимчасової, особистісної та життєвої перспективи як різних понять [13]. Визначимо тезаурус, щодо них.

Часова перспектива виступає як ситуаційно детермінований процес, на який впливають сенсорні, біологічні та соціальні стимули, і в той же час, є стабільною змінною індивідуальних відмінностей [14]. Вона охоплює всі три виміри часового психологічного простору [15, 16], а також виступає як когнітивна здібність передбачати, уявляти та прогнозувати себе у майбутньому [17]. Процес соціалізації суттєво впливає на особливості формування структурної організації часової перспективи: так делінквентність сприяє скороченню часової перспективи на майбутнє, робить його непрогнозованим у зв'язку з негативним ставленням до планування та збідненням змістовності життя; на протилежність, позитивне ставлення до особистих планів та сподівань, насиченість ними часової перспективи робить життя більш змістовним [18, 19].

На відміну від часової перспективи, життєва перспектива розглядається як «потенційна можливість розвитку особистості» [20], що формує багатовимірний образ майбутнього завдяки ціннісно-смісловому, емоційно-оцінювальному, когнітивному змісту й діяльнісному компоненту [21]. Це — управління особистості часом власного життя, де способи реалізації життєвих цілей у соціумі є важливим фактором організації активності в майбутньому. Основою побудови життєвої перспективи є висунуті особистістю мета, збудовані плани і ціннісні орієнтації, програмовані та очікувані події [22]. Життєві перспективи з позиції системного підходу — це взаємопов'язана сукупність перспективних ліній розвитку, що виникають у просторі локальних життєвих подій і обумовлюють побудову майбутнього людини [23]. Таким чином, життєва перспектива виступає як цілісна картина майбутнього в складному взаємозв'язку програмованих та очікуваних подій.

Потенційність особистості молодих осіб із статусом дитини-інваліда завжди розгортається у конкретних соціальних умовах мікро- та

макросередовища. Одним із важливих аспектів якого є те, що у них із дитинства закріплюється модель соціальних відносин через термінологію «інвалід» та «інвалідність», психологічний компонент якої становить неадекватне розуміння здоровими людьми цих понять. Засвоюючи відповідні позиції з раннього дитинства, молоді люди, що мають статус інваліда, вибудовують свою ідентичність [24]. Сучасне суспільство найчастіше сприяє формуванню у людей, які мають фізичні та психічні проблеми, страхів перед життєдіяльністю у суспільстві здорових людей і перешкоджає розвитку потенціалу їх особистості. Взаємодія суспільства та осіб, що мають інвалідність з дитинства у площині матеріальної допомоги та ізоляції від багатьох видів діяльності [25, 26] є негативним фактором, що впливає на мікроклімат сім'ї, так як мотиваційна сфера батьків перебуває під великим тиском з боку соціуму з огляду на те, що захворювання або дефекти дитини входять в сильне протиріччя ціннісних орієнтирів суспільства [25, 27].

Соціальна взаємодія у молодих інвалідів достатньо часто встановлюється через хворобу або дефект, з вибудовуванням проєкцій їх проявів на оточуючих, що визначається ставленням до хворого з боку суспільства. Дані форми взаємодії закріплюються і розвиваються в характерологічних та поведінкових особливостях [28, 29].

Таким чином, молоді люди зі статусом дитини-інваліда мають певні особливості соціальної ситуації розвитку, крізь яку і потрібно розглядати формування їх життєвої перспективи.

Нами було запропоновано модель оцінки життєвої перспективи молодих людей, що мали статус дитини-інваліда, яка базується на теорії Е. Еріксона про психосоціальний розвиток особистості, моделі В. Огум (три системи розвитку дорослої людини) [30] і виділених М. Є. Хілько параметрів віку, як підстав і результатів розвитку [31] та включає: визначення динамічних структур «Я як особистість», «Я як член сім'ї», «Я як працівник» та вектору реалізації у контексті суспільства й культури (рис. 1, 2).

У структурі «Я як особистість» запропоновано вивчати: емоційно-вольову сферу за допомогою багаторівневого особистісного опитувальника «Адаптивність» [32, 33], Торонтської алекситимічної шкали (TAS26) [34, 35]; сензитивності — шкали сензитивності тесту Р. Кеттела (F3) [32]; новоутворення особистості — параметри тесту Р. Кеттела [32], Опитувальника СБОО [32, 36], шкали Е. Динера «Задоволення життям» [37] (рис. 2).

У структурі «Я як член сім'ї» потрібно визначати: соціальну ситуацію розвитку із використанням методики діагностики батьківського ставлення А. Я. Варга, В. В. Століна [32]; коло відносин — соціального

опитування, тесту FIRO [38, 39]; форми спілкування — за допомогою методики дослідження самовідношення [40] (рис. 2).

У структурі «Я як робітник» вивчаються: провідний тип діяльності за допомогою опитувальника ставлення до лікування та хвороби (СЛХ) [35], соціального анкетування; новий вид діяльності — анкети для вивчення побудови часової перспективи суб'єктом та особливостей реалізації життєвих цілей Н. С. Терьохіної [41], соціального анкетування (рис. 2).

У структурі вектору реалізації визначаються особливості розвитку близькості-генеративності, що характерні для ранньої дорослості: ідентичності з використанням тесту «Хто Я» [42]; цінностей — ціннісних орієнтацій М. Рокича [32]; часової перспективи — опитувальника часової перспективи Ф. Зімбардо [43] (рис. 1).

Психологічні чинники, що формують життєву перспективу молодих людей із статусом дитини-інваліда досліджувались у контексті Я-концепції.

В рамках виконання НДР «Розробити підходи до медико-соціальної експертизи та реабілітації молодих людей, що мали статус дитини-інваліда, виходячи із оцінки їх життєвої перспективи» (№ держреєстрації 0117U00279) на базі ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» було проведено дослідження молодих осіб, що мали статус дитини-інваліда.

У відповідності до періодизації вікових меж Р. Гаулда, Д. Левінсона, Д. Вейланта та періодизації розвитку зрілої особистості Г. С. Абрамової, пацієнти були розподілені на групи: у 1-у групу ввійшли юнаки і дівчата віком від 18 до 22 років, у 2-у групу — молоді люди віком від 23 до 29 років [44, 45].

Ситуація розвитку в юності та молодості має свої особливості: вихід в самостійне життя і здійснення своїх життєвих планів. При цьому молоді люди стикаються з особливими переживаннями, які виникають на тлі розбіжностей між своїми уявленнями і реальною дійсністю. У цьому віці людина вже сама створює своє власне середовище спілкування, що дає розвиток новим якостям, усвідомленню й оцінці нових вражень і нового соціального стану. Формується потреба в знаходженні свого місця в суспільстві та в стосунках з іншими. Діяльність у суспільстві набуває особистої свідомості, вирішуються питання потенційних можливостей самореалізації індивідуальності, матеріальної незалежності та близькості з іншими. Провідною діяльністю в цьому віці стає навчальна і професійна, а хід подальшого розвитку особистості визначається соціально-професійним становленням [30].

Рис. 1. Модель життєвої перспективи молодих осіб

Рис. 2. Параметри вікового розвитку молодих осіб, що мали статус дитини-інваліда

СТРУКТУРА «Я ЯК ОСОБИСТІСТЬ»

Завданнями ранньої молодості є розвиток тих особистісних якостей, які сприятимуть встановленню своєї ідентичності в близьких відносинах та трудовій діяльності, вирішення задач розвитку близькості-генеративності [30].

НОВОУТВОРЕННЯ ОСОБИСТОСТІ

Особливості розвитку особистісної сфери у молодому віці представлені суб'єктністю, залежністю від соціальної нормативності, базовою сформованістю ідентичності, розширенням самооцінки та її диференційністю, формуванням почуття батьківства і потреби у власній родині й будинку. Центральним віковим новоутворенням молодості є створення сім'ї та здобуття професійної майстерності.

ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ

Дослідження особистісних характеристик молоді, що мала статус дитини-інваліда за методикою «Скорочений багатofакторний опитувальник для дослідження особистості» (СБОО) [32, 36] виявило відкритість усіх обстежених у розкритті своєї особистості й власних проблем, проте з бажанням представити себе у «вигідному світлі», внутрішню напруженість та невдоволеність ситуацією.

Узагальнений профіль особистості осіб 18–22 років характеризувався підйомом профілю на шкалах Нs-іпохондрії, Ну-істерії, Ра-параної, але і зниженням на шкалі Рd-психопатії та плато на шкалах Рt-психастенії й Sc-шизоїдності.

Провідними особливостями особистості у юнаків та дівчат були соматизація тривоги, надмірний контроль, орієнтація на норми й стандарти, фіксація уваги на фізичному здоров'ї, афективна ригідність, досить високий рівень конвенціональності та ідентифікації зі статусом дитини-інваліда, тривога щодо невизнання особистості оточуючими. Агресивність та егоцентризм цих пацієнтів ускладнювали їхню правильну орієнтацію в найближчому оточенні та ставали підґрунтям для виникнення порушень соціальної адаптації.

Узагальнений профіль особистості молоді 23–29 років, в порівнянні з юнаками та дівчатами, був вищим і характеризувався значним підйомом профілю на шкалах Нs-іпохондрії, D-депресії, Ну-істерії та несуттєвим на шкалах Рd-психопатії, Ра-параної, Рt-психастенії, Sc-шизоїдності.

Їм була притаманна соматизація тривоги, але з віком вона зменшувалася; виявлялися незадоволеність, песимізм, гіпостенічний тип реагування; лабільність і нестійкість емоційного стану, зростання демонстративності поведінки; ідентифікація зі своїм соціальним статусом, сталість установок і цілей; недовірливість та обережність, песимізм із невірою в успіх, особливо щодо медичної допомоги й медико-соціальної експертизи, непередбачуваність вчинків.

ХАРАКТЕРОЛОГІЧНІ РИСИ

Аналіз характерологічних рис у молодих осіб, що мали статус дитини-інваліда, які були вивчені за методикою багатofакторного дослідження особистості Р. Кетела [32] показав, що всім їм притаманні песимізм щодо майбутнього та емоційна нестабільність й іпохондрія, розсудливість та хитрість. Відмінностями вікового розвитку були: в юності — тривожність і вразливість, дратівливість і втомлюваність, залежність і покірливість, розважливість при критичному настрої й свободі мислення; а в молодості — підозрілість та егоїзм, самолюбство та цілеспрямованість, ригідність й емоційна дезорганізація мислення.

Особи 18–22 років могли погано пристосовуватися до життя, були невдоволені досягнутим, іноді високий рівень тривоги порушував їх діяльність; також вони були досить стриманими, скритними, сором'язливими, чуттєвими до деталей, артистичними, спокійними, ввічливими та могли відчувати труднощі прийняття рішень у зв'язку з переважанням сумнівів; незалежними, кмітливими та сміливими.

Молоді 23–29 років притаманне зменшення тривоги, краща пристосовуваність до життя, більша спроможність до встановлення та підтримки соціальних контактів, стабільність, рішучість, схильність не помічати нюансів у житті з надмірно поспішними, необґрунтованими вчинками, незалежність, кмітливість та сміливість.

Загальними чинниками в обох групах були мрійливість й ідеалізм, інтелектуальний інтерес та аналітичне мислення; а відмінними — зібраність і кмітливість в юності та незібраність, конкретність і ригідність в молодості.

Комунікативні здібності та особливості міжособистісної взаємодії також вирізнялися в обох вікових групах. Спільними рисами у них були доброзичливість і відкритість, імпульсивність та емоційність, честолюбство і ненадійність, песимістичне сприйняття дійсності та очікування невдач. У осіб 18–22 років безініціативність і потреба у підтримці, пасивність і покірливість, довірливість і почуття власної незначущості були у більшій мірі вираженими; а в молодому віці —

незалежність і конфліктність, підозрілість та егоїстичність, відсутність потреби у соціальному заохоченні.

Інтелектуальні можливості юнаків і дівчат 18–22 років були дещо вищими за здібності молодих людей 23–29 років, серед яких процент тих, хто закінчив, або закінчував вищий навчальний заклад, був значно вищий.

КОГНІТИВНИЙ КОМПОНЕНТ

Для усіх обстежених молодих осіб, когнітивний компонент сприйняття життєвого благополуччя, що визначався за шкалою Е. Динера «Задоволення життям» (SWLS) у адаптації Д. О. Леонтьєва та Є. Н. Осіна [37], мав різноспрямовані конфліктні тенденції, що виражалися у потребі змінити існуюче положення та одночасно задоволенням цим положенням та своїм теперішнім життям. Особам 18–22 років були більш притаманні повна задоволеність життям та особистими потребами, а молодь 23–29 років сприймали життя крізь уяву ідеалізації та прагнула його змінити.

СЕНЗИТИВНІСТЬ

Період в житті людини, що створює найбільш сприятливі умови для формування у неї певних психологічних властивостей і типів поведінки, характеризується підвищеною сензитивністю, яка є передумовою до значущих змін [31].

У молодих людей, що мали статус дитини-інваліда більш, ніж у половини осіб переважали показники наявності сензитивності, та вік 18–22 років був етапом її зростання, що проявлялося крихкою емоційністю, підвищеною чуттєвістю, м'якістю, труднощами з боку прийняття рішень. У віці 23–29 років відмічалось зниження сензитивності та зростання рішучості, життєрадісності, орієнтації на очевидні речі, врівноваженості.

ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВА СФЕРА

Емоційне сприйняття дійсності є важливим психологічним фактором у розвитку особистості та її взаємодії з соціальним оточенням. Труднощі в ідентифікації своїх переживань, почуттів, їх тілесних еквівалентів та вербалізації емоцій призводять до посилення фізіологічних реакцій на стрес, який має тенденцію до зростання у разі підвищеної уваги на зовнішніх подіях [35]. Невизначеність уявлень про

себе, нашарування негативних новоутворень призводить до порушень адаптації, що може спричиняти подальший розвиток уже існуючих захворювань, сприяти зниженню комплаєнсу при лікуванні, а також утруднювати діяльність та призводити до антисоціальних протестних реакцій, що у цілому веде до порушень зв'язаності індивіда із соціальним середовищем [46, 47].

Особливостями емоційно-вольових проявів (інтегративні показники шкал методики багатофакторного дослідження особистості Р. Кетела [32]) у молоді, що мали статус дитини-інваліда були: чутливість, залежність і іпохондрія, вразливість і невпевненість у собі, мрійливість і неврівноваженість, емоційність і невротизація, недисциплінованість і конфліктність. У юному віці більш притаманні безпринциповість і безвідповідальність, в молодому віці — врівноваженість і відповідальність.

Визначення психологічної особливості розпізнавати, диференціювати, виражати емоції й розрізняти їх, наявність алекситимії за методикою «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS26) [34, 35] показало, що для більшої кількості молодих осіб була притаманна знижена здатність до вербалізації емоційних станів, бідність фантазії, зосередженість на зовнішніх обставинах з ігноруванням внутрішніх почуттів, труднощі усвідомлення емоцій та їх когнітивної переробки.

АДАПТИВНІСТЬ

Структура адаптивних можливостей обстежених молодих осіб, яка була досліджена за опитувальником «Адаптивність» А. Г. Маклакова та С. В. Чермяніна [32, 33], представлена низьким рівнем поведінкової регуляції зі схильністю до нервово-психічних зривів, неадекватністю самооцінки та сприйняття дійсності; труднощами у соціальних контактах із проявами агресивності та конфліктності; невизначеністю своєї ролі у колективі та моральних цінностей, труднощами у соціалізації. Особистий адаптаційний потенціал є залежним від обставин соціального середовища, у зв'язку з сильним впливом акцентуацій. Схильність до періодичних дезадаптивних станів найчастіше виникає під впливом зміни діяльності, тому особи такого типу потребують індивідуальної взаємодії та психокорекційних заходів. З часом у таких осіб виникає більша закритість та вони ліпше регулюють свою поведінку.

Особи 18–22 років характеризувалися низьким рівнем адаптивності, який виражався у труднощах поведінкової регуляції й комунікативних здібностей, невизначеністю своєї ролі у колективі та відсутністю дотримання соціальних норм поведінки, з перевагою задовільного рівня адаптації. Молоді особи віком 23–29 років навпаки

мали більшу закритість, краще вміли регулювати свою поведінку та мали більшу визначеність щодо своєї ролі у колективі. Адаптація характеризувалася високим, задовільним та низьким рівнями.

СТРУКТУРА «Я ЯК ЧЛЕН СІМ'Ї»

У ранній молодості важливим завданням розвитку є індивідуація — відділення від батьківської сім'ї та набуття незалежності: емоційної (підтримка і любов не тільки від батьків), аттitudної (встановлення власних цінностей, установок, переконань), функціональної (самостійне фінансове забезпечення, самообслуговування), конфліктної (відсутність почуття провини за відділення, самостійність та незалежність) [30].

СОЦІАЛЬНА СИТУАЦІЯ РОЗВИТКУ

Проблеми самовизначення по відношенню до макросоціуму, загальних соціальних цінностей є невід'ємною частиною соціальної ситуації розвитку у молодому віці та юності, підґрунтям якої стають інтерналізовані образи взаємовідносин та сприйняття родиною у дитинстві. Ці відносини можуть стримувати, гальмувати деякі, або всі аспекти розвитку, а можуть сприяти їм [30]. Якщо дитина народжується з проблемами здоров'я, які обумовлюють порушення її розвитку, це може призводити до певних обмежень можливостей соціального спілкування та залежності від батьків [48].

Взаємовідносини мати-дитина-соціум досліджено за допомогою тесту-опитувальника: «Методика діагностики батьківського ставлення А. Я. Варга, В. В. Століна» [32].

У батьківській сім'ї юнаків та дівчат 18–22 років переважав симбіотичний тип відносин. Змістовно ця тенденція виражалася в дитячому баченні матері як такої, що відчуває себе з дитиною єдиним цілим, прагне задовольнити всі потреби дитини, захистити її від труднощів; тривога матері підвищувалася, коли дитина починала автономізуватися через обставини, оскільки по своїй волі матір не давала дитині самостійності.

Молодь 23–29 років відзначалася більшою авторитарною гіперсоціалізацією та інвалідизацією. Вони сприймали матір як таку, що стежить за їх соціальними досягненнями, індивідуальними особливостями, звичками, почуттями, думками та за вияви свавілля їх суворо карає. Інвалідизація формувалася під впливом прагнення батьків інфантилізувати дитину, приписати їй особистісну й соціальну неса-

мостійність. Матір сприймалася як така, що бачить дитину молодшою в порівнянні з реальним віком, не довіряє їй, уявляє її непристосованою, відкритою для поганих впливів. Інтереси, захоплення, думки й почуття дитини здавалися їй дитячими, несерйозними. Сензитивність періоду молодості та особливе батьківське ставлення накладає відбиток у цих осіб на соціальну взаємодію, близькі зв'язки та реалізацію себе через досягнення й усвідомлення власної ролі в соціумі. Тому, все, що стосується досягнень, міжособистісних відносин та власної значимості в суспільному житті є особливо актуальним.

КОЛО ВІДНОСИН

Усвідомлення себе через відносини, вміння вибудовувати нові системи відносин не тільки з батьками, але і з іншими значущими людьми, є важливим завданням юності та молодості. Динаміка цих відносин починається у батьківській сім'ї, яка сформувалася у конкретних історичних та культурних умовах [30].

За допомогою розробленої соціальної анкети було визначено структуру сім'ї обстежених: сім'я, де виховувалася дитина, була неповною без матері у 6,5 % молодих осіб, без батька — у 19,0 %, та 2 дитини не мали обох батьків; переважали сім'ї, де разом із дитиною-інвалідом виховувався 1 сиблінг (51,1 %), чи в сім'ї дитина-інвалід була одна (36,2 %). На момент дослідження з батьками мешкали 70,2 % молодих осіб, із бабусею — 6,4 %, та окремо від батьків — 19,1 %. Мешканцями міст були 63,8 % сімей та проживали у селі — 36,2 %. Більшість сімей мала приватний будинок (61,7 %).

Різні аспекти міжособистісних відносин, а також комунікативні особливості молодих людей зі статусом дитини-інваліда було досліджено за допомогою методики «Опитувальник міжособистісної взаємодії А. Рукавишникова» (ОМВ), яка є адаптованим варіантом широко відомого опитувальника американського психолога В. Шутца «Fundamental Interpersonal Relations Orientation» (FIRO) [38, 39].

У молодих осіб, що мали статус дитини інваліда, виявлявся достатньо високий рівень контролю, що свідчило про наявність внутрішньо-особистісного конфлікту, який формувався між бажанням приймати рішення, контролювати себе, впливати на оточення та неможливістю брати на себе відповідальність.

Юнаки та дівчата 18–22 років виявляли більшу схильність до спілкування з невеликим колом людей та потребу в тому, щоб оточуючі шукали їх товариства навіть без їхніх зусиль для цього, емоційну відстороненість. Наявність полярних тенденцій полягала у прагненні

належати до різних груп зі схильністю уникати безпосередніх контактів, прагнення брати на себе керівництво — з униканням відповідальності, бажання виявляти до оточуючих дружні почуття — з обережністю у встановленні глибоких відносин.

Молодь 23–29 років вирізнялася більш активним прагненням належати до різних груп із дружніми почуттями, більшим бажанням приймати на себе відповідальність та готовність до вибудовування емоційно близьких відносин.

ФОРМИ СПІЛКУВАННЯ

Особливості відношення до самого себе — дуже важливий аспект у встановленні міжособистісних відносин, регуляції поведінки, впливу на особливості спілкування та реагування у кризових ситуаціях. Самовідношення розкриває особливості взаємодії особистості із соціумом та самим собою, та носить емоційно-оцінюючий характер [49].

Особливості самовідношення ми вивчали за «Методикою дослідження самовідношення» [50]. Для більшої кількості молодих осіб було характерне позитивне ставлення до себе, вони вважали, що їх особистість, характер та діяльність викликають у оточуючих повагу та симпатію, вони відчували цінність своєї особистості для себе та для оточуючих, але на фоні загального позитивного відношення дещо ригідна Я-концепція заважала їм сприймати зміни.

Особи 18–22 років не дуже бажали змінюватися на фоні позитивного відношення до себе тому, що більшою мірою були прив'язані до не зовсім адекватного образу Я, впевнені у своїй моральності та в тім, що їх поведінка, незважаючи ні на що, позитивно сприймається соціальним оточенням. Їх взаємодія була спрямована на вузьке коло оточуючих, від яких вони були емоційно відсторонені та зазнавали полярних тенденцій одночасного наближення та уникнення.

Молоді 23–29 років було властиве, більшою мірою, розвинене відчуття цінності своєї особистості, та підвладності впливу обставин, відчуття незадоволеності собою та своїми можливостями. Взаємодія була спрямована на широке коло приналежності до різних соціальних груп із дружніми почуттями та розвитком близьких відносин.

СТРУКТУРА «Я ЯК РОБІТНИК»

Становлення професійного шляху є важливим завданням розвитку періоду юності та ранньої молодості. У цей період здобувається

конкретна професійна ідентичність та у подальшому розвивається професіоналізм. Передумовою цього є розвиток внутрішньої мотивації до праці, залучення у роботу, внутрішні та зовнішні фактори які можуть як сприяти, так і стримувати професійну реалізацію молоді людини [30].

ПРОВІДНИЙ ТИП ДІЯЛЬНОСТІ

Соціальна ситуація розвитку, в якій виховується дитина з особливими потребами, суттєво впливає на формування провідного типу діяльності, який потенціюється сімейною системою, що спрямована на подолання захворювання або зменшення його травмуючого впливу на всіх членів родини [51]. У подальшому дорослому житті вплив особливих відносин у дитинстві накладає свій відбиток і на суспільні стосунки [30] та зосередженість на хворобі може стати передумовою уникнення молоді людиною професійної реалізації.

Особливості установок та мотивації до лікування, які ми розглядали як предиктори, що сформувалися у більш ранньому віці, досліджували за методикою ставлення до лікування та хвороби (СЛХ) [35]. Для молодих осіб, що мали статус дитини-інваліда, важливішим було збереження групи інвалідності, тому установка на лікування виявлялася як досить низька. Щодо змін, юнаки та дівчата пов'язували їх із корекцією поведінки при лікуванні, а молоді особи 23–29 років у більшій мірі були зосереджені на вторинній вигоді від хвороби та статусі інваліда та не розглядали лікування як перспективний напрям свого розвитку.

НОВИЙ ВИД ДІЯЛЬНОСТІ

Прагнення до самостійності, усвідомлення себе дорослою людиною із певними правами та обов'язками, сформованість уявлень про своє майбутнє життя, власна реалізація генеративності через трудову діяльність, або народження дітей є суттєвими задачами ранньої дорослості [30].

Аналіз особливостей розвитку діяльнісної складової, який був проведений за «Анкетою для вивчення побудови часової перспективи суб'єктом та особливостей реалізації життєвих цілей Н. С. Терьохіної» [41] показав, що обстежені молоді особи 18–29 років були визначені щодо своїх життєвих планів, як найближчого так і віддаленого майбутнього, але вони мали труднощі щодо правильного визначення своїх ресурсів для їх досягнення та можливих перешкод. Їх цілі відповідали

завданням власного розвитку та були спрямовані на формування близькості (стосунки у сім'ї, з друзями) та генеративності (навчання, робота, діти). Вони визнавали свої успіхи у минулому, прагнули до змін своїх недоліків та готові були прикладати для цього багато зусиль. Формування життєвих планів часто пов'язувалося із слабким здоров'ям та хворобою.

Особи 18–22 років виказували більше задоволення своїм життям сьогодення, прагнули до змін, плани були націлені на віддалене майбутнє.

Молодь 23–29 років пов'язувала свої плани на найближче майбутнє, які залежали від «слабкого здоров'я» й хвороби, та вважали хворобу перешкодою у реалізації планів, особливо на найближчий рік.

Було визначено, що особливістю формування життєвих планів молодих осіб із статусом дитини-інваліда є присутність в їх структурі орієнтації на «слабке здоров'я» та хворобу, як перешкоду у реалізації планів, та спрямованість на збереження соціального статусу інваліда у дорослому житті, що сприяє обмеженню життєдіяльності.

ВЕКТОР РЕАЛІЗАЦІЇ

Формування особистісної ідентичності, її пластичність протягом часу, вміння її переформовувати в залежності від етапів життєвого розвитку, ціннісно-сміслові особистісні конструкти та відчуття часу є показниками рівня зрілості. Вони виступають і як інтегральний показник минулого, і як вектор спрямування та пронизують усі три структури психосоціального розвитку людини, тому ми вважаємо за доцільне виділити їх у самостійний конструкт вектору реалізації.

ІДЕНТИЧНІСТЬ

Становлення ідентичності проходить в певних соціо-культурних умовах [30]. Усвідомлення особистістю своєї приналежності до тієї чи іншої соціально-особистісної позиції в рамках соціальних ролей являє собою ідентичність, яка оформлюється у підлітковому віці та її якісні характеристики стають рушійним фактором дорослого самостійного життя. Ідентичність соціальних ролей більш пов'язана з приналежністю індивіда до певних соціальних груп. Особистісна ідентичність — це є внутрішня узгодженість зі своїми особистою й соціальною ролями. Невизначеність своєї особистісної ідентичності приводить до неможливості визначитися зі своїм шляхом у житті [52].

Змістовні характеристики ідентичності особистості молодих людей із статусом дитини-інваліда були дослідженні за методикою «Хто Я» [42].

Ідентичність молодих осіб із статусом дитини інваліда була представлена у своїй більшості неадекватно завищеною самооцінкою, полярним типом емоційності та тенденцією до змін. Особи 18–22 років мали більш позитивне відношення до себе, вміли ставити відповідні до своїх можливостей цілі, брати на себе відповідальність, виявляли схильність до перепадів настрою, максималізму в оцінках, були готові до змін у своєму житті та до самостійного вирішення проблем. Молоді особи 23–29 років мали гіпертрофовану самооцінку щодо своїх чеснот, без урахування власних недоліків, високий рівень домагань без відповідного підґрунтя особистісних можливостей; зони конфліктного напруження виявлялися у міжособистісній взаємодії, що актуалізувалися під впливом безвідповідальності за свої невдачі та зарозумілого ставлення до людей на фоні постійного незадоволення, надмірної самовпевненості, що була підґрунтям для нестійкого емоційного фону із тенденцією до криз та нерішучості.

Ідентифікація статевої приналежності проявлялася здебільшого через соціальні ролі, ніж як особистісна характеристика. У осіб 18–22 років статева ідентичність була пов'язана з соціальними ролями та визначеністю щодо своєї статі. Молодь 23–29 років мала більший репертуар статевих соціальних ролей, змішану ідентичність, що виражалася у визначенні в собі як чоловічих, так і жіночих ролей.

Для всіх обстежених молодих осіб був характерний високий рівень рефлексії та особистісної ідентичності, вони розуміли як взаємодіяти з навколишнім світом, але мали дуже розмиті уявлення щодо формування соціальних відносин «ми» та своєї ролі в них. У молоді 23–29 років відмічалася посилення індивідуальності, труднощі у виконанні різноманітних соціальних ролей та зростання відсотка осіб, які визнають свою особисту унікальність і приналежність до певних соціальних груп.

Для молодих людей, що мали статус дитини-інваліда, найбільше розвиненою ідентичність була в інтимно-особистісній, сімейній та робочій сферах життя. Їм була притаманна ідентифікація з особистими якостями, характером, індивідуальним стилем поведінки, соціальними ролями, діяльністю, можливістю встановлювати різноманітні комунікації, тілесним прийняттям та статусом інваліда. Часовий аспект ідентичності був дуже слабо розвиненим, що вказувало на невизначеність ідентичності у подальшій життєвій перспективі.

Юнаки та дівчата 18–22 років пов'язували свою ідентичність із роботою, навчанням та сферою відпочинку й турботи про здоров'я;

їх ідентифікаційні характеристики були здебільшого у соціальних ролях та індивідуалізації. Молодь 23–29 років пов'язувала свою ідентичність із сім'єю, інтимно-особистісною сферою та дозволям; основні ідентифікації були представлені діяльністю, матеріальним достатком, інвалідністю або хворобою; незначними сімейною та діяльнісною ідентифікаціями у подальшій життєвій перспективі.

ЦІННОСТІ

Становлення цінностей, наповнених особистим сенсом, є важливим завданням розвитку у молодому віці. Розвиток системи цінностей у молодих людей формується в процесі соціалізації в певних умовах середовища, під впливом значущих соціальних процесів та соціально-економічного розвитку суспільства. З цієї позиції цінності поділяються на традиційні (сім'я, любов, друзі, здоров'я) та ліберальні (матеріального достатку, кар'єри, свободи, влади). Баланс між ними залежить від соціальних процесів, де їх стабільність призводить до зростання традиційних цінностей та довіри між поколіннями, а нестабільність посилює виразність ліберальних цінностей та розширення зон асоціальної поведінки. З плином часу у кожної людини формується своя система цінностей, яка залежить від віку, культурного, освітнього, професійного, соціального рівнів розвитку та стає ціннісно-смісловим новоутворенням [53].

Ціннісна сфера у молодих осіб, що мали статус дитини-інваліда, досліджена за методикою «Ціннісні орієнтації М. Рокича» [32], була представлена конкретними, особистісними, цінностями діла та спілкування, конформізму, альтруїзму, прийняття інших людей.

Юнаки та дівчата 18–22 років здебільшого вибирали традиційні цінності, які переважали над ліберальними: здоров'я, щасливе сімейне життя та любов, свобода та впевненість, відповідальність, вихованість, життєрадісність, чесність, акуратність, освіченість; вони не пов'язували себе з творчістю, непримиримістю, високими запитами, терпимістю. Спрямованість переважно на себе та низька визначеність щодо цінностей професійного самовизначення й розвитку сприяла відстороненню цих осіб від активного прояву себе у соціумі та меншому засвоєні нових знань.

Молоді особи 23–29 років робили свій вибір як в бік традиційних, так і ліберальних цінностей та надавали перевагу здоров'ю, сімейному щастю, цікавій роботі, вихованості, життєрадісності, чесності, акуратності, освіченості, відповідальності; та вважали незначними задоволення, творчість, високі запити, непримиримість, незалежність, ефективність у справах. Їм було притаманне порушення розвитку індивідуалізації та сепарації.

ЧАСОВА ПЕРСПЕКТИВА

Часова перспектива є психологічним феноменом, що відображає присутність людини у часі. Несвідоме відношення особистості до часу, процес структурування та упорядкування свого життя у часові категорії є важливою функцією даного феномену. Спосіб, у який людина проживає, структурує та осмислює час свого життя відображає рівень цілісності особистості [54].

Структура часової перспективи у молодих людей із статусом дитини-інваліда, що досліджена за опитувальником Ф. Зімбардо часової перспективи у адаптації А. Сирцової [43], була представлена позитивним минулим, майбутнім та гедоністичним сьогоденням. Це характеризувало їх як людей, що вдячні минулому, здатні насолоджуватися сьогоденням але не мають контролю над майбутнім.

Для осіб 18–22 років сьогодення було відірване від минулого і майбутнього, та головною метою ставала насолода. Молоді люди 23–29 років намагалися будувати свої цілі та плани на майбутнє, підґрунтям якому ставали неприйняття свого минулого, де здебільшого відчувалися страх і біль, та сьогодення, яке від самого початку сприймалося як визначене, незалежне від волі особи, підпорядковане долі.

Узагальнюючи отримані результати нами були виділені психологічні фактори, що сприяли інвалідизації та порушенню розвитку життєвої перспективи молодих осіб із статусом дитини-інваліда:

- зростання рівня ідентифікації зі своїм соціальним статусом інваліда, посилення тенденції до збереження установок на інвалідність, які є маркерами несприятливого формування Я-концепції молодих людей із статусом дитини-інваліда;
- схильність до періодичних дезадаптивних станів, що виникають під впливом зміни діяльності;
- прагнення до збереження групи інвалідності, та у подальшому житті зосередження на вторинній вигоді від хвороби та статусу інваліда, що може значною мірою впливати на процес лікування;
- невирішеність завдань юності щодо автономії та незалежності від батьків, а саме, симбіотичного типу відносин та інвалідизації, які формують соціальну несамостійність та порушують процес індивідуації у подальшому житті;
- присутність, та з плином часу все більша виразність в структурі життєвих планів орієнтації на «слабке здоров'я» та хворобу, збереження соціального статусу інваліда у дорослому житті;
- невизначеність щодо ідентичності у подальшій життєвій перспективі.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ

За даними медико-соціального дослідження у певної кількості молодих осіб, що мали статус дитини інваліда, виявляються: несприятливе мікросоціальне середовище (виховання у неповних сім'ях чи без обох батьків, без братів та сестер), відсутність трудової спрямованості, прагнення до збереження групи інвалідності (коли об'єктивних стійких порушень функцій немає, чи вони не обмежують життєдіяльність) як важливої соціальної підтримки.

Життєва перспектива молодих людей починає закладатися ще у дитинстві, формується у підлітковому віці та виокремлюється у ранній дорослості. Тому доцільно проводити психологічний супровід дітей, які часто хворіють та мають статус дитини-інваліда задля попередження у майбутньому формування порушень життєвої перспективи у молодих людей.

Нами запропоновані моделі дослідження соціально-психологічних факторів формування життєвої перспективи для кожного з вікових етапів розвитку у молодих людей, що мали статус дитини-інваліда.

2. ДИТИНСТВО

Соціалізація у дитинстві є складним та дуже важливим процесом, що відбивається на всьому подальшому житті людини. В цей період закладаються Я-концепція, особистісні особливості, визначається особисте соціальне оточення й власне місце в ньому, засвоюються норми, правила та культурні сенси суспільства.

На цьому життєвому етапі завданнями розвитку стають: вміння стримувати та виражати соціально прийнятним шляхом свої емоції, мати баланс між автономією та залежністю, формувати поведінку у відповідності з соціальним середовищем, розвивати уявлення та поняття про себе [30].

Згідно моделі, яка представлена на рисунку 3 у молодших школярів (6–12 років), які мають хронічні хвороби чи статус дитини-інваліда необхідно визначати:

«Особливості розвитку особистості», що виступають передумовою у молодому віці структури «Я як особистість» — дитячі страхи, шкільну тривогу та рівень агресивності;

Рис. 3. Соціально-психологічні предиктори формування порушень розвитку життєвої перспективи у дітей (6–12 років)

«Особливості виховання та установок батьків», що виступають передумовою у молодому віці структури «Я як член сім'ї» — відношення до хвороби дитини та батьківське ставлення;

«Сфера мотивації та потреб», що виступає передумовою у молодому віці структури «Я як робітник» — шкільну мотивацію;

визначення особливостей розвитку дитини буде передумовою формування майбутнього вектору реалізації, а саме, можливості засвоєння культурних норм, правил, визначення ідентичності (рис. 3).

3. ПІДЛІТКИ

Соціальна ситуація розвитку в підлітковому віці протікає на тлі гальмуючого розвитку дорослості та дорослішання, а завданнями розвитку виступають необхідність реконструкції Я-образу, становлення ідентичності, подальша соціалізація, встановлення нових соціальних зв'язків, розширення часової перспективи. З позиції культурно-історичного підходу Е. Шпрангера, підлітковий вік є періодом вростання в культуру, прийняття і засвоєння духу даної епохи. Новоутворення цього віку — це рефлексія, розвиток своєї індивідуальності, формування Я-образу, почуття любові і дорослості [30].

Згідно моделі, яка представлена на рисунку 4 у підлітків та юнаків (13–17 років), які мають хронічні хвороби чи статус дитини-інваліда необхідно визначати:

«Особистісні переддиспозиції», що являють собою етап формування структури «Я як особистість» у молодому віці — особистісні та характерологічні особливості, поведінку, що відхиляється;

«Особливості виховання та протиріччя», що є етапом формування структури «Я як член сім'ї» у молодому віці — батьківське ставлення, сімейні взаємовідносини, міжособистісна взаємодія;

«Сфера мотивації та потреб», що є етапом формування структури «Я як робітник» у молодому віці — мотиви учбової діяльності, суспільну, учбову та трудову активність;

визначення ступеню формування вектору реалізації — ідентичність, з 16 років цінності та часову перспективу;

дослідження підліткових субкультур за особливими потребами (групи із обмеженнями по зору, слуху), девіантних та інших (рис. 4).

Рис. 4. Соціально-психологічні предиктори формування порушень та нормального розвитку життєвої перспективи у підлітковому віці та юності

4. ВИЗНАЧЕННЯ РОЗВИТКУ ЖИТТЄВОЇ ПЕРСПЕКТИВИ МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ ІЗ СТАТУСОМ ДИТИНИ-ІНВАЛІДА

Ми рекомендуємо вивчати життєву перспективу молодих людей із статусом дитини-інваліда як лінії розвитку із певною спрямованістю, що реалізуються у соціальному середовищі під впливом культурних цінностей, соціальних процесів та участі цих осіб у суспільстві (рис. 5).

Продуктивна спрямованість передбачає такий розвиток особистісних якостей, міжособистісної взаємодії та діяльності, що формується під впливом особистісних стійких цінностей, адекватного самоусвідомлення себе у часовій перспективі, який сприяє засвоєнню культурних норм та інтеграції у суспільство цих осіб.

Непродуктивна спрямованість за своєю суттю є розвитком таких особистісних якостей, такої визначеності ідентичності та прийняття цінностей деструктивних субкультурних позицій, яка сприяє маргіналізації молодих людей із обмеженими можливостями й порушує інтеграцію їх у суспільство.

Соціальне утриманство людей з обмеженими можливостями відноситься до проблеми особливого соціального явища і тісно пов'язане з державною соціально-економічною підтримкою. Необхідно враховувати той факт, що феномен утриманства може бути як вимушеного характеру так і свідомим вибором соціальної залежності.

Девіантну кар'єру слід розглядати з позиції соціології як соціальний процес при якому індивід починає ототожнювати себе з цінностями девіантної субкультури та закріплювати відповідні ідентифікації, що веде до соціальної ізоляції.

Тому при виявленні в процесі психодіагностики таких параметрів, як: проблемна ідентичність, порушення в сфері цінностей і смислів, адаптаційних можливостей (низький рівень поведінкової регуляції і відсутність адекватної оцінки свого місця в колективі), особистісні загострення, поведінка, яка відхиляється, — необхідне проведення напівструктурованого психологічного інтерв'ю для визначення таких якостей, як потреби тільки отримувати без будь-якої віддачі, активного небажання займатися трудовою діяльністю та рівня інтеграції у відповідне субкультурне середовище.

Рис. 5. Соціально-психологічні фактори спрямованості розвитку життєвої перспективи молодих осіб із статусом дитини-інваліда

РЕЗЮМЕ

У складних економічних і політичних умовах розвитку суспільства, соціальної нестабільності, руйнування традиційних цінностей, швидкого ритму життя, що сприяє фрагментарності ідентичності, вибудовування життєвої перспективи молодими людьми з обмеженими можливостями стає вельми проблематичним завданням. У методичних рекомендаціях показано, що спрямованість життєвої перспективи особистості починає закладатися ще в дитинстві, тому вивчення соціально-психологічних чинників як нормального, так і такого, що порушує її розвиток, необхідно досліджувати на кожному віковому етапі для того, щоб вчасно попереджати або корегувати несприятливі зміни. Наведені психологічні методики виконуються на етапі психологічного консультування фахівцями з корекційної освіти, психологами медичних та загальноосвітніх і спеціалізованих навчальних закладів та медико-соціальних експертних комісій у дітей та підлітків з особливими потребами, та молодих людей з 18 до 29 років, які оформлюють групу інвалідності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Жулковская, Т. В. (2015). Некоторые обстоятельства построения идентичности инвалида. *Знание. Понимание. Умение*, 1, 90–97.
2. Spencer, N. J. (2015). Disabling chronic conditions in childhood and socioeconomic disadvantage: a systematic review and meta-analyses of observational studies. *BMJ Open*, 5(9), 1–15.
3. *The International Classification of Functioning, Disability and Health*. (2007). Geneva: WHO Press.
4. *Стратегія Ради Європи з прав дитини 2016–2021*. (2016). http://nrada.gov.ua/userfiles/file/2017/Mizhnarodna%20diialnist/CoE%20Strategy%20on%20children%202016-2021_ukr-1.pdf. Дата останнього переходу за посиланням 16 травня 2018.
5. Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. (остання редакція від 20.04.2010). *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 30, 141.
6. Закон України про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні: від 21 березня 1991 р. (1991). *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 21, 253.
7. Закон України про внесення змін до деяких законів України щодо прав інвалідів: від 22 грудня 2011 р. (2012). *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 31, 381.
8. Закон України про внесення зміни до статті 31 Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні»: від 06 червня 2017 р. (2017). *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 2078 (8), 36.
9. Постанова Кабінету Міністрів України про внесення змін до Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року: від 18 серпня 2017 р. № 612. (2017). *Офіційний вісник України*, 74, 1141.
10. Статистика захворюваності дітей в Україні. (2017). <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html>. Дата останнього переходу за посиланням 06 квітня 2018.
11. *The International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth*. (2007). Geneva: WHO Press.
12. Cappa, C. Petrowski, N., Njelesani, J. (2015). Navigating the landscape of child disability measurement: A review of available data collection instruments. *European Journal of Disability Research*, 9, 317–330.
13. Абульханова–Славская, К. А. (1990). Личностная регуляция времени. К. А. Абульханова–Славская, *Личность и ее жизненный путь* (с. 114–129). Москва: Наука.
14. Zimbardo, P. G., Mucciarelli, G., Brigati, R. (1998). A New Perspective on Psychological Time: Theory, Research and Assessment of Individual Differences in Temporal Perspective. *Psychology of Time, Part 2: Special Issues, Theory & Models*, 3, 59–78.

15. Киричук, Е. И., Лысенко, О. П. (1991). Временная перспектива и тип становления профессиональной направленности личности. *Психология личности и время жизни человека*, 2, 18–20.
16. Мандрикова, Е. Ю. (2008). Современные подходы к изучению временной перспективы личности. *Психологический журнал*, 29(4), 15–19.
17. Абульханова-Славская, К. А. (1987). Жизненные перспективы личности. В К. А. Абульханова-Славская, *Психология личности и образ жизни* (с. 138–144). Москва: Наука.
18. Гинзбург, М. Р. (1994). Психологическое содержание личностного самоопределения. *Вопросы психологии*, 3, 43–52.
19. Карпинский, К. В. (2002). *Психологическая коррекция смысловой регуляции жизненного пути правонарушителей*. Минск: Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка.
20. Головаха, Е. И., Кроник, А. А. (1984). *Психологическое время личности*. Киев: Наукова думка.
21. Ральникова, И. А. (2011). Жизненные перспективы личности в научной парадигме психологического знания. *Известия Алтайского государственного университета*, 2/1(69), 60–62.
22. Головаха, Е. И. (2001). Жизненные перспективы и ценностные ориентации личности. В Л. В. Куликова (Ред.), *Психология личности в трудах отечественных психологов* (сс. 256–269). Санкт-Петербург: Питер.
23. Ральникова, И. А. (2012). *Перестройка системы жизненных перспектив человека в контексте переломных событий*. Барнаул: Изд-во Алт ГУ.
24. Голиков, Н. А. (2015). Дети-инвалиды: инвалидизация, интеграция, инклюзия. *Теория и практика общественного развития*, 3, 16–19.
25. Ткачева, В. В. (2004). *Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии*. Москва: УМК «Психология».
26. Скок, Н. И. (2014). К вопросу о влиянии на адаптацию ограниченных возможностей здоровья человека. *Вестник Челябинского гос. университета*, 3 (342), 120–124.
27. Никитина, О. Ю. (2011). Риск социальной дезадаптации семей имеющих в своем составе детей-инвалидов. *Вестник Волгоградского государственного университета*, 9(9), 126–127.
28. Goffman, E. (1990). *Stigma: Notes on the Management of spoiled identity*. London: Penguin.
29. Мехришвили, Л. Л. (2000). *Политика социальной защиты детей (региональный аспект)*. Москва: Московский государственный университет сервиса.
30. Крайг, Г. (2000). *Психология развития*. Санкт-Петербург: Питер.
31. Зейгарник, Б. В., Братусь, Б. С. (1980). *Очерки по психологии аномального развития личности*. Москва: МГУ.
32. Райгородский, Д. Я. (2000). *Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учебное пособие*. Самара: БАХРАХ–М.
33. Никифоров, Г. С. (Ред.). (2001). *Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности*. Санкт-Петербург: Речь.

34. Ересько, Д. Б., Исурина, Г. Л., Кайдановская, Е. В., Карвасарский, В. Д. и др. (2005). *Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: пособие для психологов и врачей*. Санкт-Петербург: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева.
35. Карвасарский, Б. Д. (Ред.). (2004). *Клиническая психология*. Москва: Медицина.
36. Березин, Ф. Б., Мирошников, М. П., Рожанец, Р. Б. (1976). *Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене*. Москва: Медицина.
37. Осин, Е. Н., Леонтьев, Д. А. (2008). *Апробация русскоязычных версий двух шкал экспресс-оценки субъективного благополучия*. Материалы третьего Всероссийского социологического конгресса.
<https://publications.hse.ru/chapters/78753840>. Дата останнього переходу за посиланням 06 квітня 2018.
38. Рукавишников, А. А. (1992). *Опросник межличностных отношений*. Ярославль: НПП «Психодиагностика».
39. Финькевич, Л. В. (2002). *Диагностика межличностного взаимодействия: психодиагностический практикум*. Минск: БГПУ им. М. Танка.
40. Пантелеев, С. Р. (1993). *Методика исследования самоотношения*. Москва: Смысл.
41. Терехина, Н. С. (2014). *Субъективные и личностные характеристики людей различных профессий при построении временной перспективы*. Москва: ИП РАН.
42. Румянцева, Т. В. (2006). *Психологическое консультирование: диагностика отношений в паре. Модификация теста «Кто Я?»*. Санкт-Петербург: Речь.
43. Митина, О. В., Сырцова, А. (2008). *Опросник по временной перспективе Ф. Зимбардо (ZTP1): результаты психометрического анализа русскоязычной версии*. *Вестник Московского университета, серия Психология*, 4, 67–89.
44. Крейн, У. (2002). *Теории развития. Секреты формирования личности*. Санкт-Петербург: Прайм-ЕВРОЗНАК.
45. Абрамова, Г. С. (1999). *Возрастная психология: учеб. пособие для студентов вузов*. Москва: Академия.
46. Агеева, Л. Г., Клейберг, Ю. А. (Ред.). (2010). *Социально-психологическая дезадаптация современных школьников и ее причины*. Ульяновск: УЛГТУ.
47. Храмцова, В. В., Панина, С. С. (2017). *Нарушение идентичности и социально-психологическая адаптация больных с заболеванием гепатобилиарной системы. Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*, 3, 349–354.
48. Краснова, О. В. (Ред.). (2011). *Введение в психологию инвалидности*. Москва: МПСИ.
49. Хватова, М. В. (2015). *Самоотношение в структуре психологически здоровой личности. Гаудеамус*, 1(25), 9–17.

50. Пантелеев, С. Р. (1993). *Методика исследования самоотношения*. Москва: Смысл.

51. Кожина, Г. М., Маркова, М. В., Пионтовська, О. В. та ін. (2017). Система медико-психологічного супроводу родини, що виховує дитину з тяжкими захворюваннями. *Медична психологія*, 2, 12–14.

52. Сапожникова, Р. Б. (2005). Анализ понятия «идентичность»: теоретические и методологические основания. *Вестник ТГПУ*, 1, 13–17.

53. Закревская, О. В. (2014). Особенности развития ценностно-смысловой сферы старших подростков. *Современные проблемы науки и образования*. <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=13530>. Дата останнього переходу за посиланням 06 квітня 2018.

54. Кошельская, Т. В. (2016). Содержание понятия «Временная перспектива личности». *Международный научный журнал «Инновационная наука»*, 1, 256–257.

АКТ УПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції для впровадження: Молодь з особливими потребами: психологічні аспекти медико-соціальної експертизи

1. Ким розроблена: ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»

Упорядники: д.мед.н., ст.н.с. І. В. Дроздова, к.психол.н. В. В. Храмова, к.психол.н. Ю. О. Гончар, І. А. Колганов

Джерело інформації: методичні рекомендації «Молодь з особливими потребами: психологічні аспекти медико-соціальної експертизи»

2. Результати використання рекомендацій в:

(назва установи)

3. Ефективність використання:

Загальна кількість осіб, по відношенню до яких використані рекомендації _____

При використанні одержані результати:

Позитивні _____

Негативні _____

Невизначені _____

Зауваження та пропозиції _____

Дата _____ Підпис _____ (_____)

Посада особи, відповідальної за впровадження, адреса, телефон

Примітка:

Акт упровадження направляти за адресою:

49027, м. Дніпро, пров. Феодосія Макаревського, 1а.

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

**МОЛОДЬ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ:
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ**

Методичні рекомендації

*для фахівців з корекційної освіти, практичних та медичних
психологів загальноосвітніх і спеціалізованих навчальних
закладів, лікувально-профілактичних закладів та
медико-соціальних експертних комісій*

Дизайн — *Ярослав Сергеев*

Модель — *Софія Грубова*

Комп'ютерна верстка — *Євгеній Ткаченко*

Підписано до друку 18.07.2018. Формат 60×84/16.

Друк офсетний. Папір офсетний.

Гарнітура ScoolBookAS.

Умовн. друк. арк. 2,09.

Наклад 100 прим.

Надруковано у видавництві

ТОВ «Видавничий дім «Інтернаука»

Україна, м. Київ, вул. Павлівська, 22, оф. 12

Контактний телефон: +38(050) 647-15-43

Телефон/факс: +38(044) 222-58-89

E-mail: editor@inter-nauka.com

<http://www.inter-nauka.com>

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців

№ 6275 від 02.07.2018 р.