



**Халак Мария Евгеньевна,**

соискатель ученой степени кандидата наук по кафедре психологии ФГБОУ ВПО «Нижегородский государственный архитектурно-строительный университет», ведущий психолог научно-исследовательского отдела (психологической подготовки) Приволжского филиала ФКУ «Центр экстренной психологической помощи» МЧС России, г. Нижний Новгород  
[m-e-h@yandex.ru](mailto:m-e-h@yandex.ru)

## Определение уровня психологического потенциала у лиц с ограниченными возможностями

**Аннотация.** В настоящей статье раскрывается понятие психологического реабилитационного потенциала лиц с ограниченными возможностями, а также описывается методика определения его уровня. Даны характеристики инвалидов с различным уровнем выраженности психологического реабилитационного потенциала – высоким, средним, низким.

**Ключевые слова:** психологический реабилитационный потенциал, реабилитация, психологическое сопровождение, лица с ограниченными возможностями.

Психологическое сопровождение – это особая форма осуществления пролонгированной социальной и психологической помощи. Сущностной характеристикой психологического сопровождения является создание условий для перехода личности к самопомощи. В процессе психологического сопровождения создается оптимальные условия для раскрытия имеющихся ресурсов развития инвалида, опоры его в решении проблем на собственные возможности и создание на этой основе психологических условий для взаимодействия с другими людьми [1].

Работу по реабилитации лиц с ограниченными возможностями должна осуществлять полипрофессиональная бригада, состоящая из следующих специалистов: психолога, лечащего врача, физиотерапевта и других специалистов в зависимости от потребностей индивида. Комплексный подход к разработке системы реабилитационных мероприятий способен послужить практически полному, или хотя бы частичному, возврату человека к привычному образу и ритму жизни, к продуктивной трудовой деятельности [2]. И здесь психологическое сопровождение является одним из важнейших аспектов комплексной реабилитации. Разработанная нами модель охватывает все аспекты реабилитационного процесса и определяет пути совершенствования его организации.

Основным механизмом осуществления восстановительного лечения является индивидуальная программа реабилитации инвалида, то есть комплекс оптимальных для человека реабилитационных мероприятий, включающих в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других мер, направленных на компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление способностей инвалидов к определенному виду деятельности [3].

В рамках разработки и осуществления индивидуальной программы реабилитации следует обратить внимание на реабилитационные возможности личности инвалида. Здесь важную роль играет такая характеристика как реабилитационный потенциал [4–5]. В зависимости от степени выраженности основных составляющих реабилитационного потенциала диагностируется его уровень. **Уровень реабилитационного потенциала (УРП)** – интегральная характеристика личности инвалида, охватывающая все этапы развития и социализации личности от рождения и возникновения



заболевания до текущего социального статуса и психологический особенностей, формирующихся в процессе болезни. Он также объединяет индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и основное направление личностного и социального развития, а так же ценностную ориентацию больного. Все подструктуры реабилитационного потенциала: биологическую, психологическую, социальную (средовую) можно рассматривать как функциональные составляющие, на которых следует сосредоточить внимание в процессе реабилитации для достижения главной цели – адаптировать человека к жизни и восстановить статус личности.



Рис. 1. Модель реабилитационных мероприятий

Важной составляющей реабилитационного потенциала является его психологическая часть (психологический реабилитационный потенциал – ПРП), который можно определить как комплекс индивидуально-психологических отличительных черт личности (когнитивных, мотивационных, эмоциональных), а также социально-психологических факторов (окружение инвалида, его реабилитационная компетентность), являющихся основным источником, способствующим его реадаптации к изменившимся условиям жизни в результате возникновения и развития инвалидизирующего заболевания.

Именно поэтому возникает необходимость определения реабилитационного потенциала личности в широком смысле этого слова. Психологическая составляющая же реабилитационного потенциала инвалида как раз и призвана определить возможности, ресурсы личности для осуществления как психологической, так и комплексной реабилитации. Определение уровня психологического реабилитационного потенциала имеет ценность для самого инвалида, так как указывает человеку на те скрытые в нем самом личностные ресурсы, за счет которых возможна компенсация



ограниченных возможностей и наиболее полная реадаптация в новой для него социальной ситуации развития.

Необходимо учитывать, что только комплексный подход к реабилитации инвалида может дать положительный эффект. Именно поэтому возникает необходимость определения индивидуального уровня психологического реабилитационного потенциала индивида (УПРП) и психологического сопровождения на протяжении всего процесса реабилитации [6]. Определение факторов, влияющих на УПРП, обозначение его структуры и разработка программы психологического сопровождения в рамках индивидуальной программы реабилитации позволит нам наиболее четко оценивать реабилитационный прогноз, улучшить его и сформировать систему дальнейших коррекционных мероприятий, направленных на возвращение человека к нормальным условиям жизни и восстановлению его статуса личности.

При оценке психологического реабилитационного потенциала личности должны учитываться все компоненты психики. Значимость психологического аспекта реабилитационного потенциала обусловлена, прежде всего, его мотивационным компонентом, благодаря которому возможна компенсация нарушений не только в других составляющих ПРП, но и компенсация недостаточного уровня других аспектов реабилитационного потенциала: медицинского, социального, профессионального. Какова основная потребность инвалида на этапе реабилитации, такова его мотивация и, как следствие, эффективность реабилитационных мероприятий, несмотря на все возможно осуществленные меры медицинской, технической и социально реабилитации.

Другой составляющей реабилитационного потенциала личности инвалида является эмоционально-волевой компонент, который предопределяет изначальную позицию инвалида в отношении реабилитации, с одной стороны, и непосредственно влияет на характер других составляющих реабилитационного потенциала личности, с другой. Уровень эмоционально-волевого компонента определяется доминированием соответствующих негативных или позитивных переживаний, их интенсивностью, степенью их устойчивости, эмоциональной возбудимостью, тревожностью, способностью к волевым усилиям [7].

Следующей составляющей является уровень интеллектуальных способностей личности и состояние высших психических функций, которые обеспечивают понимание создавшихся проблем, связанных с заболеванием, инвалидностью и возможности их разрешения посредством реабилитации. Интеллект, который входит в структуру способностей, относится к психическим свойствам личности – устойчивым образованиям, обеспечивающим определенный уровень поведения и деятельности, характерной для данного человека. Имеются исследования, доказывающие, что инвалиды с высшим образованием, высоким уровнем интеллекта, «глубже и острее переживают психодуховный кризис», связанный с инвалидизацией, осознавая свою неполноценность и ограниченность использования своих возможностей и ресурсов. Инвалиды же с недостаточно высоким уровнем мышления и интеллектуальных способностей могут хорошо адаптироваться на своем уровне к новым условиям жизни, если речь, конечно, не идет о нарушениях мышления эндогенного характера или умственном дефекте.

При определении уровня психологического реабилитационного потенциала имеет значение и оценка состояния высших психических функций и динамические показатели познавательной деятельности [8–9].

На наш взгляд, при оценке УРП следует обратить внимание и на условия, в которых воспитывался индивид, особенности семейных внутрисемейных отношений (психологический климат в семье, образование родителей и т. д.). Одним словом,



блок социальных отношений является четвертым компонентом психологического реабилитационного потенциала.

Определение степени выраженности психологического реабилитационного потенциала оценивается такими его составляющими, как эмоциональная стабильность и интеллектуальный и мотивационный потенциал, особенности окружения и широта общения, профессиональная реализованность и реабилитационная компетентность. Совокупная же оценка уровня составляющих в конечном итоге является критерием определения уровня психологического реабилитационного потенциала. Исходя из этого, была систематизирована следующая батарея методик: Гиссенский перечень жалоб, опросник Э. Г. Эйдемиллера, В. В. Юстицкиса «Анализ семейных взаимоотношений», тест «Запоминание пяти слов»; методика «Исключение понятий»; шкала самооценки и оценки тревоги Спилбергера-Ханина; авторская методика определения уровня реабилитационного потенциала; шкала астенического состояния Л. Д. Майковой.

Разработанная нами методика представляла собой личностный опросник, в котором были представлены вопросы, предусматривающие ответы на основе выбора из нескольких предложенных развернутых высказываний. Испытуемым предлагалось отметить тот вариант ответа, который ему больше всего подходит. Опросник содержал 24 вопроса, которые разделены на четыре блока: семейные особенности, особенности заболевания, социальный статус и психологические особенности.

Первый блок содержал 4 вопроса, касающихся внутренней среды в семье (условия воспитания, отношения между родителями, образование родителей и психологический климат в семье). Второй блок был представлен 4-мя вопросами и был направлен на выяснение особенностей течения заболевания (с какого возраста инвалидность, продолжительность заболевания, степень тяжести заболевания, ремиссии). В третий блок вошли 9 вопросов, касающиеся социальной стороны жизни, а также мотивации (семейный статус, проживание с семьей, семейные отношения, сексуальная жизнь, образование, трудовой статус, профессиональные навыки, отношение к работе или учебе, круг интересов). Четвертый блок включал в себя 8 вопросов, помогающих выяснить психологические особенности личности испытуемого, куда вошли эмоционально-волевые качества и особенности когнитивных процессов (психологическое здоровье, приобретенные психологические расстройства, интеллектуально-мнестические расстройства, эмоциональные расстройства, суицидальные тенденции, отношение к заболеванию и степень психологической реабилитационной компетентности). За каждый выбранный ответ нами присваивалось от одного до трех баллов. Соответственно минимальный результат был равен 24 баллам, а максимальный – 72. Предполагалось, что чем выше сумма баллов за тест, тем выше УРП.

После табуляции сырых баллов и перевода их в шкалу станайнов Гилфорда, нами была получена интерпретация результатов определения УРП для инвалидов: меньше 43 баллов – низкий УРП; 44–61 балл – средний УРП (удовлетворительный); больше 62 – высокий УРП.

Для определения дискриминативности заданий был использован коэффициент корреляции Пирсона, с помощью которого мы определили связанность заданий внутри теста. Корреляция по заданиям получила разброс от 0,25 до 0,785, что свидетельствует о том, что тест однороден и все задания измеряют то же, что и другие ( $p < 0,05$ ). Определение надежности теста происходило путем ретестирования. Интервал между тестированиями составил от 4 до 6 месяцев. Коэффициент ретестовой надежности составил 0,87 ( $p < 0,001$ ).





Валидность теста определялась с помощью метода конкурентной валидности. Результаты по вопросам, касающимся особенностей семейного окружения и социального статуса, получили положительную корреляцию со шкалой теста анализа семейных отношений «Вытеснение конфликта» ( $r = -0,49$ ,  $p < 0,05$ ). Данные по вопросам, относящимся к особенностям заболевания коррелирует в отрицательную сторону со шкалой Гиссенского перечня жалоб «Давление (интенсивность жалоб)», т. е. чем выше суммарная оценка интенсивности эмоционально окрашенных жалоб по поводу физического состояния, тем меньше суммарный балл ( $r = -0,64$ ,  $p < 0,05$ ). Данные по вопросам, относящимся к психологическим особенностям, имеют отрицательную корреляцию с результатами, полученными с помощью методики определения уровня личностной тревожности Спилбергера-Ханина ( $r = -0,77$ ,  $p < 0,05$ ). Данные по вопросам, касающимся особенностей когнитивных процессов, получили положительную корреляцию с результатами, полученными с помощью теста «Запоминание 5 слов» и методики «Исключение понятий» ( $r = 0,58$ ,  $p < 0,05$ ). Суммированный результат теста определения УПП тоже отрицательно коррелирует с тестом Спилбергера-Ханина. Причем, чем выше УПП, тем ниже уровень личностной тревожности ( $r = -0,49$ ,  $p < 0,05$ ) и ниже уровень реактивной тревоги ( $r = -0,68$ ,  $p < 0,05$ ).

По результатам факторизации 24 признаков для выборки объемом 200 было выявлено четыре фактора, суммарная информативность которых, равная сумме собственных значений, деленной на количество переменных, составляет 0,713. Иными словами, выделенные факторы объясняют 71,3% суммарной дисперсии – более половины, что считается приемлемым результатом.

Фактор А – самый сильный: информативность 31,4%. Сюда вошли следующие показатели: условия воспитания, отношение между родителями, психологический климат в семье, ремиссии, семейные отношения, круг интересов, отношение к заболеванию и степень «психологической реабилитационной компетенции». Соответственно этот фактор можно назвать **«широта общения»**.

Фактор В (информативность 15,4%): образование родителей, образование, семейный статус, проживание с семьей, сексуальная жизнь. Соответствующим наименованием данного фактора может быть **«семейные отношения»**.

Фактор С (информативность 12,3%): продолжительность заболевания, степень тяжести заболевания, отношение к работе или учебе, интеллектуально-мнестические расстройства, эмоциональные расстройства, приобретенные психологические расстройства и суицидальные тенденции. Этот фактор можно назвать **«эмоциональная стабильность и интеллектуальный потенциал»**.

Фактор D (информативность 12,2%): с какого возраста инвалидность, трудовой статус, профессиональные навыки, психологическое здоровье. Этот фактор можно назвать **«профессиональная реализованность»**.

Данные факторы приобретают психологический смысл при определении уровня реабилитационного потенциала и, на наш взгляд, определяют его специфику.

Для определения надежности опросника мы провели сравнительный анализ результатов, полученных с его помощью, после тестирования лиц, не имеющих инвалидности, и лиц с ограниченными возможностями. В группу лиц без инвалидности вошли 100 человек в возрасте от 30 до 80 лет (40 мужчин и 60 женщин). Мы исходили из предположения, что люди, не имеющие инвалидность, обладают более высоким психологическим потенциалом, чем инвалиды.

Анализ средних продемонстрировал, что исследуемые группы существенно различаются по показателям. Так, у не имеющих инвалидность средние значения



( $M = 51,395$ ) значительно преобладают, чем в группе инвалидов ( $M = 60,95$ ). Это свидетельствует о том, что люди с инвалидностью обладают более низкой психологической устойчивостью и ресурсными возможностями. Причем разброс показателей исследуемого признака ( $\sigma = 3,68$ ) колеблется менее у здоровых людей, что может говорить о большей устойчивости исследуемого признака.

Анализ достоверности различий полученных результатов нашел свое статистическое подтверждение (Q-критерия Розенбаума).

Данные проведенного эксперимента позволили нам составить психологические портреты инвалидов с разным уровнем выраженности. Так, инвалиды с высоким УПРП, как правило, обладают близким к оптимальному нервно-психическим состоянием; получившие среднее или среднеспециальное образование имеют высокую удовлетворенность супружескими отношениями, как в личном, так и в сексуальном плане. Инвалидизирующее заболевание возникло у них менее года назад. Оценка удовлетворенности профессиональным статусом достаточно разнится – от полной неудовлетворенности до удовлетворенности в равных соотношениях (от, по их мнению, полной утраты профессиональных навыков до полной сохранности). Они имеют разнообразный круг интересов, настроены на продуктивный реабилитационный процесс и обладают высоким уровнем реабилитационной компетенции.

Лица с ограниченными возможностями, имеющие средний УПРП, как правило, отличаются несколько неустойчивым эмоциональным фоном, довольно частыми перепадами настроения, повышенной возбудимостью, склонностью к повышенной тревожности. Часто они имеют высшее или среднеспециальное образование, считают свои профессиональные навыки частично сохраненными и имеют средний или достаточно развитый круг интересов. В семье преобладает относительно удовлетворительный психологический климат. Имеют инвалидность примерно от одного года до трех лет.

Инвалиды с низким УПРП в целом обладают достаточно неустойчивым нервно-психическим состоянием, склонны к бессоннице, отмечают снижение интеллектуально-мнестической деятельности и повышение тревожности. Имеют склонность к суицидальным действиям. Что касается образовательного или профессионального статуса, то это, как правило, люди с высшим или неполным высшим образованием, тяжело переживающие выход на пенсию или утрату профессиональных навыков. Имеют негативное отношение к заболеванию. Имеют неблагоприятную обстановку в семье или воспитывались в конфликтной среде. О реабилитации имеют слабое или негативное представление.

Таким образом, проведенное нами исследование показывает, что лица, не имеющие инвалидность, обладают более высоким УПРП. Среди лиц с ограниченными возможностями наименее выраженным УПРП обладают люди пожилого возраста, что связано и с естественными изменениями интеллектуально-мнестической сферы, происходящими в психике в процессе старения, и с низким уровнем психологической реабилитационной компетенции, а также с ярко выраженной негативной окраской восприятия имеющихся расстройств и заболеваний и низким уровнем разнообразия интересов. На УПРП влияет также и длительность инвалидизирующего заболевания.

## Ссылки на источники

- 1–2. Андреева О. С. Принципы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. – № 4. – С. 20–26.
3. Основы медико-социальной экспертизы / А. И. Осадчих, С. Н. Пазин, Д. И. Лаврова и др. – М.: Медицина, 2005. – 198 с.



4. Войтенко Р. М. Основы реабилитологии и социальная медицина: концепция и методология. – СПб.: Медея, 2007. – 256 с.
- 5–6. Лаврова, Д. И., Косичкин М. М., Андреева О. С. и др. Оценка содержания и уровня реабилитационного потенциала при различных заболеваниях // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. – № 93. – С. 10–14.
- 7–8. Войтенко Р. М. Указ. соч.
9. Основа психологии в социальном обеспечении: Курс лекций. Часть II. Обзорная информация ЦБНТИ. – М.: ЦБНТИ Минсоцзащиты РФ, 1994. – 32 с.

**Halak Maria,**

*competitioner of the Psychological department, The Nizhny Novgorod State University of Architecture and Civil Engineering, leading psychologist of scientific research department of psychological preparation, Privolzhsky branch of Federal Public Institution «Center for Emergency Psychological Support of EMERCOM of Russia», Nizhny Novgorod*

[m-e-h@yandex.ru](mailto:m-e-h@yandex.ru)

## **Determination of psychological potential's level of persons with limited abilities**

**Abstract.** This article uncovers the concept of psychological rehabilitation potential of persons with limited abilities also describes method of level detection. The material presented characteristics of disabled persons with different levels of psychological rehabilitation potential intensity: high, medium, low.

**Keywords:** psychological rehabilitation potential, rehabilitation, psychological support, persons with limited abilities.



**Рецензент:** Кручинин Владимир Александрович, доктор психологических наук, профессор, заслуженный работник высшей школы РФ, заведующий кафедрой психологии ФГБОУ ВПО «Нижегородский государственный архитектурно-строительный университет»