



ПСИХОЛОГІЧНИЙ МЕХАНІЗМ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ МОЛОДІ З ОБМЕЖЕННЯМИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ

Андрій Шевцов, Міністерство освіти і науки України м. Київ, Україна, dr_shevtsov@ukr.net;

Інна Чухрій, Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, м. Вінниця, Україна, chukhriiinna@gmail.com

Розглянуто теоретичну та емпіричну моделі дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату та представлені результати відповідного емпіричного дослідження. За результатами експериментального дослідження, зокрема за результатами факторного аналізу результатів дослідження, виділено три рівні чинників особистісної адаптації/дезадаптації осіб із порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Встановлено ускладнення за кількістю факторних структур: у молодих ветеранів АТО/ООС виокремлено 3 фактори адаптивних/дезадаптивних структур, у молоді з обмеженнями життєдіяльності з віддалено набутою травмою – 4 факторних структури і у молоді з вродженим дизонтогенезом 5 факторних структур. За результатами емпіричного дослідження було побудовано і представлено в статті факторну модель динаміки трансформації особистісних структур у молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Ключові слова: молодь із обмеженнями життєдіяльності, порушення функцій опорно-рухового апарату, психологічні механізми соціальної адаптації, Я-концепція особистості, модель емпіричного дослідження, факторний аналіз.

Андрей Шевцов, Министерство образования и науки Украины, г. Киев, Украина;

Инна Чухрий, Винницкий государственный педагогический университет имени Михаила Коцюбинского г. Винница, Украина

Психологический механизм социальной адаптации молодежи с ограничениями жизнедеятельности

Рассмотрены теоретическая и эмпирическая модели исследования психологических механизмов социальной адаптации молодежи с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и представлены результаты соответствующего эмпирического исследования. По результатам экспериментального исследования, в частности по результатам факторного анализа результатов исследования, выделены три уровня факторов личностной адаптации / дезадаптации лиц с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Установлено осложнения по количеству факторных структур: у молодых ветеранов АТО / ООС выделены 3 фактора адаптивных / дезадаптивных структур, у молодежи с ограничениями жизнедеятельности с отдаленно приобретенной травмой – 4 факторных структуры и у молодежи с врожденным дизонтогенез 5 факторных структур. По результатам

© Шевцов А., Чухрій І., 2019



емпирического исследования был построен и представлен в статье факторную модель динамики трансформации личностных структур у молодежи с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: молодежь с ограничениями жизнедеятельности, нарушения функций опорно-двигательного аппарата, психологические механизмы социальной адаптации, Я-концепция личности, модель эмпирического исследования, факторный анализ.

Andrii Shevtsov, Ministry of Education and Science of Ukraine.

Chukhrii Inna, Vinnytsia State Pedagogical University named after Mykhailo Kotsiubynsky

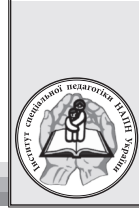
Psychological mechanisms of social adaptation of young people with disabilities

Theoretical and empirical models of psychological mechanisms of social adaptation of young people with orthopedic impairments are researched in the article. The results of the fulfilled relevant empirical research are analyzed in details. According to the results of the experimental study, in particular its factor analysis results, three levels of personal adaptation / disadaptation of persons with orthopedic impairments have been identified. The number of factor structures in different categories of persons with orthopedic impairments has been identified: 3 factors of adaptive / maladaptive structures have been distinguished in young veterans of antiterrorist operation (ATO/OOS), 4 factor of structures in young people with life-threatening trauma, and 5 factor of structures in youth with congenital dysontogenesis. According to the results of the empirical study, a factor model of the dynamics of personality structures transformation in young people with orthopedic impairments was constructed and observed in the article.

Keywords: young people with disabilities, orthopedic impairments, psychological mechanisms of social adaptation, self concept of personality, model of empirical research, factor analysis.

Актуальність проблеми дослідження. Питання розроблення психодіагностичного інструментарію виникає як відповідь на запити психологічної практики, які перетрансформовуються в психологічну проблему. На сучасному етапі розвитку спеціальної психології розроблено чимало психодіагностичного інструментарію для дослідження особливостей психічного та психологічного розвитку дітей та підлітків з порушеннями психофізичного розвитку, проте проблема психодіагностичних досліджень осіб дорослого віку з обмеженнями життєдіяльності розглядається, переважно, в межах патопсихологічного дослідження і діагностика виконує переважно завдання встановлення рівня відхилення від типового розвитку, не розглядаючи проблем психологічної адаптації у векторі перспектив психологічного розвитку. Для скомпонування психодіагностичного комплексу спрямованого на визначення психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, з подальшим прогнозуванням психологічної допомоги спрямованої на підсилення зазначених механізмів необхідно враховувати специфіку діагностичної процедури спеціальної психології, що проводиться у вигляді порівняльного аналізу розвитку особистісних структур осіб з обмеженнями життєдіяльності та осіб з типовим розвитком.

Аналіз досліджень і публікацій. Методологія психологічного дослідження зрілої особистості описана в наукових працях зарубіжних авторів – Д. Райгородського [2], Л. Собчик [5], Б. Теплова та вітчизняних Л. Бурлачука [1],



О. Саннікової, О. Чабана та ін. У закордонних та вітчизняних наукових дослідженнях з галузі спеціальної психології розроблені основні принципи психодіагностичного дослідження осіб (переважно дитячого віку) з обмеженнями життєдіяльності (Л. Виготський, Л. Кузнецова, О. Мастюкова, Л. Солнцева та ін.). Методологія психологічного дослідження осіб з обмеженнями життєдіяльності розкрита у працях С. Максименка, В. Синьова, Є. Синьової, Л. Фомічової, М. Шермет, А. Шевцова, Д. Шульженко та ін. вітчизняних науковців.

Мета статті за результатами факторного аналізу показників соціальної адаптації та її психологічних механізмів встановити динаміку трансформації адаптивних особистісних структур у молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату з метою спрогнозування подальшої психологічної допомоги та психокорекції.

Виклад основного матеріалу дослідження. Дослідження проблеми структури психологічного механізму соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності потребує уточнення низки наукових понять, зокрема уточнення наукової галузі дослідження. Як відомо, вивчення психологічних особливостей молоді з обмеженнями життєдіяльності розглядається в межах спеціальної психології, зокрема її розділі – ортопсихології. Ураховуючи принципи корекційної педагогіки та спеціальної психології у науковому дослідженні розглянуто методологічні засади споріднених наукових галузей: *ортонепедагогіки*, *ортонпсихології* та *реабілітології*.

Ортонепедагогіка – наука про принципи, закономірності, зміст, методи та форми навчання та виховання дітей із порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Ортонпсихологія – розділ спеціальної психології, який вивчає психічний розвиток осіб із порушеннями функцій опорно-рухового апарату, шляхи та засоби його корекції.

Реабілітологія – наука про феномени, конструкти, принципи, закономірності, методи та форми організації процесів реабілітації та реабілітаційних систем осіб з обмеженнями життєдіяльності, пов'язані зі здоров'ям [8, 163].

Соціально-психологічну адаптацію молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату ми розглядаємо у контексті процесу комплексного соціального реабілітування особи з інвалідністю. Один із співавторів цієї публікації у своїх наукових працях описує комплексну модель системи реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності (А. Г. Шевцов [8]). Центральними компонентами запропонованої моделі є особистість реабілітованого з біологічною, психічною та соціальною сферою життєдіяльності та реабілітолог з сформованими професійною мобільністю, знаннями, уміннями та навичками. У запропонованій моделі виокремлені основні аспекти реабілітування: *психологічний* (група чинників впливу на особистісну сферу людини); *педагогічний* (група чинників впливу на людину як на суб'єкт діяльності); *соціальний* (група чинників впливу на людину як на суб'єкт соціальних відносин); *медичний* (група чинників впливу на здоров'я людини); *техніко-середовищний* (група інженерно-технічних та архітектурно-середовищних аспектів компенсації обмежень життєдіяльності людини та впливу на сферу взаємодії людини із навколишнім середовищем). До технологічної підсистеми моделі належать засоби реабілітування, методи і техноло-



гії реабілітування, організаційні форми реабілітування та реабілітаційна діагностика. Супроводжувальні підсистеми: підсистема реабілітаційного менеджменту; батьки, родичі, близькі; середовищна підсистема; інформаційно-наукова підсистема; нормативно-правова підсистема; фінансово-економічна підсистема; підсистема керування зовнішніми зв'язками [8].

З-поміж багатьох цілей (одночасно й механізмів) процесу комплексного соціального реабілітування можна виділити й такі, як соціалізація, соціальна інтеграція, соціальна адаптація. Ці поняття не є тотожними, проте утворюють єдину групу цілей, кожна з яких породжує специфічні методи та види реабілітування. Об'єднуючим чинником цього сімейства цілей є те, що вони досягаються засобами виховання, навчання та психологічної роботи [8].

З огляду на аналіз цих понять у науковій літературі можна визначити таке. Соціалізацію ми розуміємо як результат процесу формування та відтворення на рівні особистості соціального досвіду. Соціальна інтеграція – результат залучення індивіда до системи суспільних відносин. Соціальна адаптація – результат активного пристосування до умов соціального середовища через засвоєння й прийняття індивідом цілей, цінностей, норм і стилю поведінки, схвалених суспільством (А. Налчаджян, С. Розум, А. Шевцов та ін.) [7, 155].

Для вивчення проблеми психологічних механізмів соціальної адаптації молодих людей із порушеннями функцій опорно-рухового апарату було застосовано як опорну чотиривимірну структуру особистості Рибалки-Шевцова, яка запропонована А. Шевцовим [8] шляхом розвитку ідей тривимірної психологічної структури особистості В. Рибалки [3] на базі дефектологічних концепцій Л. Виготського та ін.

За цією моделлю чотиривимірна структура особистості представляється чотирма ортогональними осями, що відображають такі виміри [7]:

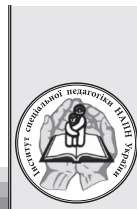
1. *Соціально-психолого-індивідуальний вимір* складається з таких базових підструктур особистості: 1.1. Здатність до спілкування; 1.2. Спрямованість; 1.3. Характер; 1.4. Самосвідомість; 1.5. Досвід; 1.6. Інтелектуальні процеси; 1.7. Психофізіологічні якості особистості.

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

3. *Нозологічний вимір* умовного особистісного простору диференціюється на характеристики дефекту розвитку або посттравматичних психічних станів людини: 3.1. – Первинні дефекти; 3.2. – Вторинні дефекти; 3.3. – Дефекти n-го порядку.

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

Важливо, що саме нозологічний вимір, який залежно від структури дефекту, типу захворювання може містити у собі такі елементи як первинний дефект та дефекти n-порядку, презентує специфіку соціально-психологічної адаптації осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Цей вимір, крім, власно, дефектів психофізичного розвитку або характеристик посттравматичних особистісних розладів, може містити і специфічні психосоціальні потреби, які ми не відноси-



мо до психічних захворювань, але маємо враховувати у спеціальній організації виховних та психокорекційних технологій для означеної категорії осіб.

На основі представлених наукових розробок було сформовано модель психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату Шевцова – Чухрій [10]. Запропонована модель складається з таких структурних компонентів:

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

Б) Психологічні механізми соціальної адаптації групуються у такий спосіб:

Пізнавальні механізми (соціально-психолого-індивідуальний та діяльнісний виміри):

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

дезадаптивні стратегії – пасивні форми поведінки з відмовою долати перешкоди, зневіра в власні сили та інтелектуальний потенціал, навмисна недооцінка ситуації, негативний індивідуальний досвід.

Поведінкові механізми (діяльнісний вимір):

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

дезадаптивні стратегії – поведінка, що виявляється в униканні неприємних ситуацій, пасивності, усамітненості, ізоляції, прагнення уникати активних інтерперсональних контактів, відмові від розв'язання проблем, суперництва, уникання.

Емоційно-афективні механізми (соціально-психолого-індивідуальний та діяльнісний виміри):

адаптивні стратегії – емоційний стан з активним протестом по відношенню до труднощів та впевненістю в існування розв'язання будь-якої, навіть складної ситуації;

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



Комунікативні механізми (соціально-психолого-індивідуальний вимір):

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

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

Мотиваційно-вольові механізми (соціально-психолого-індивідуальний та діяльнісний виміри):

адаптивні стратегії – внутрішньо-мотиваційні стратегії та контролююче-вольові якості, які призводять до соціальної деадаптації;

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

В) Чинниками впливу на механізми соціальної адаптації є педагогічний, медичний, психологічний, техніко-середовищний [10].

Вивчаючи проблему психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату необхідно виокремити психодіагностичний інструментарій. Проблема дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату виявляється в недостатньо розробленій психодіагностичній базі і для виконання завдань дослідження було розроблено та апробовано психодіагностичні методики для вивчення особливостей розвитку Я-концепції та специфіки сформованості психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

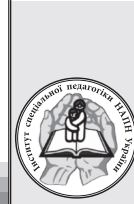
На основі теоретичної Моделі психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату А. Шевцова, І. Чухрій [10] було сформовано психодіагностичний комплекс методик та Модель емпіричного дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молодих людей із порушеннями функцій опорно-рухового апарату (рис. 1.). До компонентного складу емпіричної моделі увійшли такі блоки з методами дослідження:

1) дослідження структури особистості (Я-концепції) молоді людини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату: Методика дослідження особливостей Я-концепції молоді з обмеженнями життєдіяльності І. Чухрій [9];

2) дослідження соціальної адаптації молоді людини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату: Анкета (збір особистих даних молоді з обмеженнями життєдіяльності) А. Шевцов, І. Чухрій та Методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда [2];

3) комплексне дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді людини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату: Діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації І. Чухрій [5]; Методика діагностики копінг-механізмів Е. Хейма (Е. Heim); Опитувальник Плутчика Келлермана Конте / Методика Індексу життєвого стилю Методика (Life Style Index, LSI) / Тест для діагностики механізмів психологічного захисту;

4) дослідження компонентів психологічних механізмів соціальної адаптації молоді людини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату: поведінково-



го, комунікативного, емоційно-афективного та мотиваційно-вольового, пізнавального: Діагностика провідних тенденцій поведінки в реальній групі та уявлень про себе Методика «Q-Сортування» В. Стефансона [2].

Дослідження структури особистості (Я-концепції) молодшої людини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату	Дослідження соціальної адаптації молодшої людини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату	Комплексне дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молодшої людини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату	Дослідження компонентів психологічних механізмів соціальної адаптації молодшої людини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату: поведінкового, комунікативного, емоційно-афективного та мотиваційно-вольового пізнавального
Методи дослідження			
1. Методики дослідження особливостей Я-концепції молодшої з обмеженнями життєдіяльності Шевцов, Чухрій І.	1. Анкети особистих даних молоді з обмеженнями життєдіяльності (Соціальний анамнез) Шевцов А.Г., Чухрій І.В.	1. Діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації Чухрій І.В.	1. Шкали методик: - Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда - Методика діагностики копінг-механізмів Е. Хейма (E. Heim)
	2. Методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда	2. Методика діагностики копінг-механізмів Хейма Е. (E. Heim)	2. Методика діагностики типу поведінки в конфлікті К.Томаса (адаптація Н. В. Грішиної).
		3. Опитувальник Плутчика Келлермана Конте / Методика Індекс життєвого стилю Методика (Life Style Index, LSI) / Тест для діагностики механізмів психологічного захисту	3. Діагностика провідних тенденцій поведінки в реальній групі та уявлень про себе Методика «Q-Сортування» В.Стефансона
			4. Діагностика рівня соціальної фрустрації Л. Вассермана (модифікація В. Бойка)
			5. Методики «Шкала самооцінки» (Ч. Спілберга, Ю. Ханіна)
			6. Методика діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки адаптація А. Осницького
			7. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (модифікованої Т. Балашовою)

Рис. 1. Модель емпіричного дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молодих людей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату



Експериментальною базою дослідження стали: Вінницький державний педагогічний університет імені М. М. Коцюбинського, Вінницький соціально-економічний інститут Відкритого міжнародного університету розвитку людини Україна, Вінницький міський центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Гармонія», Вінницький міжрегіональний центр професійної реабілітації інвалідів «Поділля», Вінницький обласний центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Обрій», Вінницька обласна громадська організація асоціації захисту та допомоги інвалідам «Відкриті серця», Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна» (м. Київ), Вінницький національний медичний університет ім. М. М. Пирогова; Вінницький обласний клінічний госпіталь ветеранів війни; ГО «ВА Асоціація ветеранів, інвалідів війни та волонтерів АТО; ГО «Паросток»; Білоцерківська ГО та ГО Ветеранів АТО міста Кропивницького та ін.

У дослідженні взяли участь 576 молодих людей з них: 150 типового розвитку; 158 осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату внаслідок дизонтогенезу; 148 молодих людей з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату та 120 ветеранів АТО з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Відповідно до емпіричної моделі було проведено дослідження, отримані показники були опрацьовані та піддані процесу факторизації, також, було проведено порівняльний аналіз даних для виявлення відмінностей у показниках молоді з типовим розвитком та молоді з обмеженнями життєдіяльності.

При застосуванні непараметричного статистичного U-критерію Манна-Уїтні [4] встановлено, що у молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату значущі відмінності за шкалами «почуття провини», «суперництво», «особистісна та реактивна тривога» (переважно показники особистісної тривоги) та в показниках Я-концепції особистості: Я-сімейне і Я-учнівське).

За результатами факторного аналізу встановлено, що факторна структура молоді з типовим розвитком має таку факторну структуру (рис. 2):

1. «Я-орієнтований» фактор (19 % загальної дисперсії) він охоплює з характеристики сприймання власного Я, на перше місце в якому виходять сприймання себе в сім'ї (0,90), у професійній сфері (0,87) та сприймання фізичного (й, насамперед, тілесного) Я – цей показник займає найнижче значення і не настільки значущий як у осіб з обмеженнями життєдіяльності.

2. «Дезадаптивний» фактор (18 % загальної дисперсії) – пов'язаний з агресивно-депресивно-тривожними станами при дезадаптивних проявах. Як бачимо, у ньому інтегрувалися різні характеристики, пов'язані з негативними життєвими проявами: регресія і депресивність (по 0,73), показник загальної дезадаптації (0,70), особистісна тривога (0,65) і базові складові, пов'язані з агресивністю – інтегральний показник агресії (0,59), почуття провини (0,56) і ворожість (0,53).

3. «Адаптивно-раціональний» (17 % загальної дисперсії) на першому місці за навантаженням тут вийшли показники інтегральної адаптованості (0,81), раціоналізації (0,76) і компенсації (0,70). З іншого боку до нього долучилися з негативним коефіцієнтом (приставкою «НЕ») показники реактивної тривожності (-0,60) і фрустрованості (-0,53).

4. «Пристосувальний» фактор – характеризується найменшою кількістю показників – двома, проте їх значення, що відносяться до способів поведінки в конфліктних ситуаціях, виявилися досить високими й взаємопов'язаними – несутерництво (-0,92) і пристосування (0,84).

5. П'ятий фактор за домінуючими характеристиками був названий «Емоційно-компромісний». Його основу формують показник неадаптивних копінг-стратегій Б (0,78), з-поміж яких пригнічення емоцій, покірність, самозвинувачення тощо. Вони пов'язані з бажанням компромісу (0,72) й небажанням виявляти власну активність, спрямовану на співпрацю з оточенням (-0,67).

У молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату виявлену таку факторну структуру (рис. 2):

1. «Дезадаптовано-відчужено-тривожний» (23 % загальної дисперсії) до його складу увійшли: інтегральний показник дезадаптованості (0,85), неприйняття інших (0,84) й неприйняття себе (0,79), показники спрямованості на зовнішній комфорт (0,76) й відчуття емоційного дискомфорту (0,73) та показники особистої і реактивної тривожності (0,68 і 0,67 відповідно).

2. «Я-орієнтований» фактор (20%) Найвищий показник аналогічний попередній факторній структурі – «Я – сімейне» (0,89), «Я – фізичне» , «Я – внутрішнє» (0,87).

3. «Адаптивно-захисний» фактор (20%) – його склад здебільшого пов'язаний з захисними механізмами: регресія (0,76), компенсація (0,75), неприйняття (0,73), раціоналізація (0,68), залежність (0,61) і гіперкомпенсація (0,60). Інші два відносяться до непрямих складових агресивності – ворожості (0,65) і почуття провини (0,63). Те, на захист від чого механізми, у принципі, й спрямовані.

4. «Адаптивно-конструктивного» фактор найслабший із значущих факторів становить 15 % загальної дисперсії. Його складові характеризують тільки конструктивний бік адаптованості – її інтегральний показник (0,82), прийняття себе й інших (0,78 і 0,72 відповідно), емоційний комфорт (0,70) і домінування (0,66).



Рис. 2. Факторні структури в досліджуваних групах респондентів (молоді з типовим розвитком та молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату)



Наступним питанням було уточнення факторної структури в груп осіб, з різним часом виникнення проблем опорно-рухового апарату. За результатами емпіричного дослідження було побудовано факторну модель (рис. 3).

Розглянемо групу з **вродженими порушеннями функцій опорно-рухового апарату**. У результаті застосування методу головних компонент з Varimax обертанням з нормалізацією Кайзера й критерію кам'янистого осипу Кеттела було виявлено 5 факторних структур, які описали 67,58 % загальної дисперсії.

1. **Перший фактор «Відчужено-дезадаптивний»** (21% загальної дисперсії) складався з показників, що мають безпосереднє відношення до дезадаптивних проявів (0,91 – інтегрований показник, 0,82 – емоційний дискомфорт, 0,74 – відомість), пов'язаних, насамперед, з показниками, що характеризують відчуження особи з обмеженнями життєдіяльності – неприйняття себе й інших (0,73 і 0,68 відповідно), ескапізм (0,65), центрованість на зовнішньому комфорті, на протизагу внутрішньому (0,86) тощо.

2. **Другий фактор** – 16% загальної дисперсії – отримав назву **«Приймаючо-адаптивний»**, оскільки увібрав у себе показники, що характеризують протилежні до попереднього фактора якості, такі як інтегральний показник адаптованості (0,83), прийняття себе й інших (0,80 і 0,72 відповідно), емоційний комфорт (0, 80), комунікативну складову адаптації (0,66), нефрустрованість (-0,60).

Динаміка трансформації адаптивних особистісних структур у осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

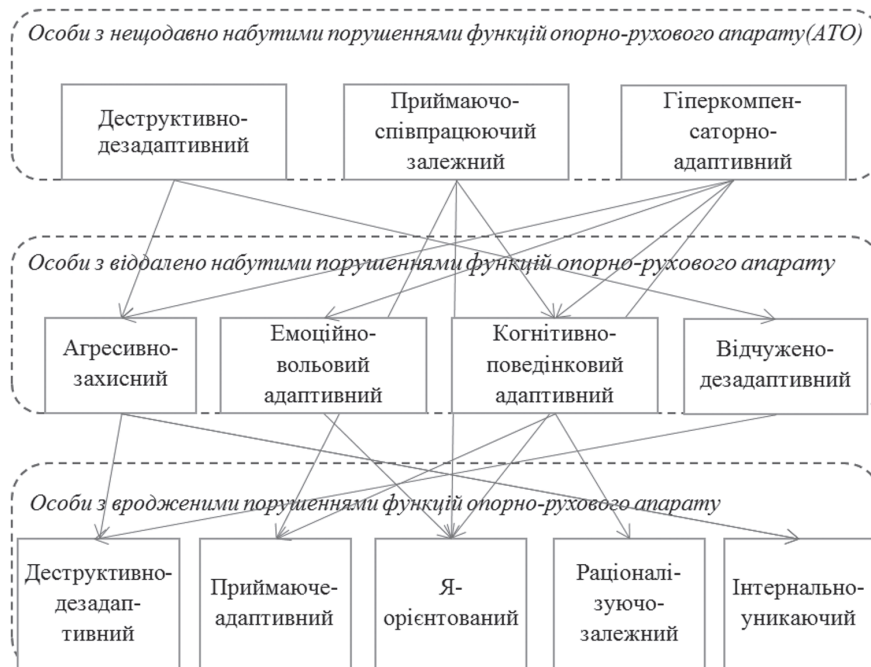
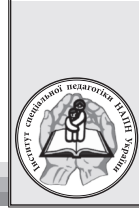


Рис. 3. Результуюча факторного аналізу груп осіб з обмеженнями життєдіяльності за часом утворення порушень функцій опорно-рухового апарату



3. Третій фактор, що включив поясненої 12% дисперсії, за показниками було названо **«Я-орієнтований»** оскільки складався з самооцінкових показників «Я-сімейного» (0,85), професійного (0,83), фізичного (0,82), внутрішнього (0,66), учнівського (0,57). Зазвичай самооцінка в даному контексті розглядається як співвіднесення індивідуальних характеристик («Я-фізичне» і «Я-внутрішнє») та соціальних («Я-сімейне», «Я-професійне», «Я-учнівське»), тобто те, наскільки людина усвідомлює і приймає свою унікальність, а також наскільки йому важлива приналежність до тієї чи іншої групи. В основі співвідношення соціальних ролей та індивідуальних характеристик лежить проблема співвіднесення соціальної та особистісної ідентичності. При цьому під особистісною ідентичністю розуміють набір характеристик, який робить людину особливою і відмінною від інших, а соціальна ідентичність усвідомлюється в термінах групового членства, приналежності до тієї чи тієї групи людей. Соціальна ідентичність домінує у випадку, коли в людини спостерігається високий рівень визначеності схеми «ми – вони» і низький рівень визначеності схеми «я – ми». Особистісна ідентичність превалує у людей з високим рівнем визначеності схеми «я – вони» і низьким рівнем визначеності схеми «ми – вони».

4. Четвертий фактор, що охоплював 10 % дисперсії, ми назвали **«залежно-раціоналізуючий»**. Він був названий за двома домінуючими показниками: залежність (0,70) і раціоналізація (0,69). Перший характеризує внутрішнє і зовнішнє прагнення індивіда до прийняття групових стандартів і цінностей: соціальних, морально-етичних. Для таких осіб характерні: підпорядкованість лідерам у групі, нерішучість у спілкуванні, певна покірливість, в тому числі й при виконанні наказів. Раціоналізація як один з базових захисних механізмів, допомагає знайти незаперечні пояснення цьому. У цьому випадку використовується тільки така частина і робляться тільки такі висновки, у яких залежна поведінка презентується як дещо об'єктивно контрольоване й не заперечне. Окрім вказаних до четвертого фактору входить емоційно-афективна складова адаптації (0,65), не незалежність (-0,51) й показники Q-сортування спілкування і не спілкування (0,61 і 0,56 відповідно). Амбівалентні прагнення особистості як утворювати, так і ухилятися щодо емоційних зв'язків як у своїй групі, так і за її межами.

5. П'ятий фактор – **«Інтернально-унікаючий»** – охоплював з показники, що характеризують уникнення взаємодії з оточенням й, одночасно, спрямованість на внутрішній контроль. Уникання було представлене одразу трьома різними показниками – не прийняттям боротьби (-0,73), уникненням (0,64), не суперництвом (-0,59). Інтернальність ми пов'язали з: переживаннями внутрішнього комфорту (0,66), когнітивною і мотиваційно-вольовою адаптацією (0,58 і 0,53). «Інтернально-унікаючий» фактор виявився найслабшим і склав трохи менше за 9 %.

У факторній структурі групи **осіб з віддалено набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату** було виділено 4 фактори, які становили 79 % загальної дисперсії.

Звертає на себе увагу домінування адаптивних показників у трьох з чотирьох виділених факторів. В першому це комунікативна складова й інтегральна адаптованість, у другому – емоційно-афективна і мотиваційно-вольова, у третьо-



му – когнітивна й поведінкова складові адаптованості. Й лише слабший четвертий фактор увібрав до себе показники дезадаптованості.

1. Перший **«Агресивно-захисний»** – найбільший фактор – акумулює у собі 28 % загальної дисперсії. До нього, окрім адаптованості, увійшли ключові показники захисних механізмів й агресивності. Найпотужнішими показниками у ньому є регресія (0,91), повна агресивність (0,88) та інтегральний показник адаптованості (0,88). Окрім них до даного компонента увійшли такі захисні механізми, як раціоналізація (0,87), компенсація (0,86), проєкція (0,82), заміщення (0,79), витіснення (0,78); такі складові агресивності, як фізична агресія (0,85), підозрілість (0,85), вербальна агресія (0,71); такі складові адаптивності, як комунікативна дезадаптованість (-0,83) і адаптованість (0,62), прийняття себе (0,72), незалежність (0,72), домінування (0,71).

2. Другий елемент факторної структури (20 % загальної поясненої дисперсії) отримав подвійну назву – **«Конкурентно-запальний, емоційно-адаптивний»**. Це пояснюється домінуванням показників, які пов'язані з протистоянням, прийняттям викликів, суперництвом. З іншого боку, показників ауто- і непрямой агресивності – дратівливості, образливості, ворожості, негативізму. Доповнюють цю картину високі значення показників мотиваційно-вольової і емоційно-афективної складової адаптації. Тож, на першому за потужністю виявився показник прийняття боротьби (0,93). Слідом за ним ідуть – дратівливість (0,87), мотиваційно-вольова складова дезадаптації (-0,86), пристосованості (-0,84), ворожості (0,79), емоційно-афективні складові дезадаптації (-0,79) і адаптації (0,76), суперництво (0,71), мотиваційно-вольова складова адаптації (0,71), непряма агресія (0,66), образливість (0,64), негативізм (0,61).

3. Третій фактор, що описує 17 % загальної поясненої дисперсії, отримав назву **«Когнітивно-поведінково-адаптивний»** за домінуючими показниками – когнітивною складовою адаптації (0,92), поведінковою складовою адаптації (0,88), когнітивною складовою дезадаптації (-0,86), поведінковою складовою дезадаптації (-0,66). Також до цього компонента увійшли показники, що глибше розкривають його зміст – реактивна нетривожність (-0,83) й нефрустрованість (-0,70), залежність (0,81) і почуття провини (0,80), прийняття інших (0,74); та складові самооцінки – Я-професійне (0,80), Я-фізичне (0,62) і Я-внутрішнє (0,62).

Відзначимо щодо даного компонента декілька моментів. По-перше, нетривожне й нефрустроване переживання власної залежності і пов'язані з цим почуття власної провини і прийняття власного оточення. По-друге, в його межах можна бачити й елементи окремого фактора, який властивий як контрольній групі, так і групі осіб з порушеннями опорно-рухового апарату загалом, **«Я-орієнтоване»**.

4. Останній фактор описує 15 % загальної поясненої дисперсії і є традиційним для усіх досліджуваних груп – **«Відчужено-дезадаптивний»**. Він увібрав до себе основні показники, пов'язані з утрудненнями в адаптації і дезадаптацією, а також показники, що характеризують бажання відсторонитися від навколишнього світу: інтегральний показник дезадаптованості (0,92), неприйняття себе (0,89), емоційний дискомфорт (0,82), неприйняття інших (0,75), неспілку-



вання (-0,71), некомпроміс (-0,66), ескапізм (0,64), спрямованість на зовнішній контроль (0,63) тощо.

Найпростіша з описуваних виявилася факторна структура в осіб, у яких інвалідизація пов'язана з опорно-руховим апаратом сталася нещодавно. Насамперед це відноситься до учасників АТО. Тут за методом кам'янистого осипу Кеттела було виділено 3 фактори, які становлять 63 % загальної дисперсії.

1. Перший фактор **«Деструктивно-дезадаптивний»**, що охоплює 25 % дисперсії, представив собою три групи показників. Перші пов'язані з основними внутрішніми деструктивними проявами – реактивною і особистісною тривожністю (0,85 і 0,61 відповідно), фрустрованістю (0,72), ворожістю (0,61), агресивністю (0,57); другі – з захисними механізмами – регресією (0,82), депресивністю (0,62), неприйняттям інших (0,61) та центрованістю на зовнішньому комфорті, на протизахисному внутрішньому (0,86) тощо. Найсильнішим показником у даному компоненті є інтегральна дезадаптованість (0,90).

2. Другий фактор, близький за потужністю до першого, охопив 24 % поясненої загальної дисперсії. За домінуючими ознаками він отримав назву **«Приймаючо-співпрацюючий залежний»**. До складової співпраці увійшли показники несуперництва (-0,89), співпраці (0,80), неприйняття боротьби (-0,65), компромісу (0,59), комунікативна складова адаптації (0,53). До складової прийняття – прийняття себе (0,80), прийняття інших (0,80), неприйняття себе (-0,80). До залежності в цьому контексті нами був віднесений безпосередній показник залежності (0,77) та, наступний за ним показник Я-сімейне (0,74). Спрямованість на залежну співпрацю активує захисний механізм компенсації (0,70).

3. Третій фактор презентованої структури був названий **«Гіперкомпенсаторно-адаптивний»** відповідно до ключового механізму адаптації – гіперкомпенсації (0,81). Цей захисний механізм полягає у подоланні реальних і уявних недоліків зі спрямованістю до їх вдосконалення. Зазвичай виявляється у вигляді додаткових надзусиль з метою прямого або опосередкованого самоствердження у різних значущих сферах життя. Самі складові адаптації були виявлені у показниках поведінкової, мотиваційно-вольової і когнітивної складових адаптації (відповідно 0,86, 0,74, 0,71). Також до цього компонента залучено показник уникання раціоналізації (-0,60).

Висновки і перспективи подальшого розвитку в напрямі дослідження. У виділених на трьох рівнях структурах факторів особистісної адаптації / дезадаптації осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату можна відслідкувати гіпотетичну динаміку їх трансформацій. Насамперед відбувається ускладнення за кількістю факторних структур, відповідно 3 фактори для групи осіб з нещодавно набутими обмеженнями життєдіяльності (учасники АТО/ООС), 4 фактори в ситуації віддалено набутої травми і 5 у ситуації вродженого дизонтогенезу.

Окрім цього, відзначимо фактор «Деструктивно-дезадаптивний», який є домінуючим в осіб з нещодавною інвалідизацією, вочевидь, на наступному рівні може переходити у «Відчужено-дезадаптивний» або в «Агресивно-захисний», залежно від поглиблення / превалювання дезадаптивних чи захисних компонентів. Також в «Агресивно-захисний» за певних умов може трансформуватися «Гіперкомпен-



саторно-адаптивний» компонент, зокрема в емоційно-виснажувальних умовах. З іншого боку, останній компонент стає очевидною основою для «Емоційно-вольового адаптивного» компонента на другому рівні.

Під час переходу від віддалено набутої інвалідизації до давно набутої / вродженої інвалідизації, тобто від переживання ситуації «до – після» до ситуації «завжди», досить логічною виглядає можлива трансформація «Агресивно-захисного» компонента в один з трьох – «Відчужено-дезадаптивний», «Раціоналізуючо-залежний», «Інтернально-унікаючий» – залежно від переваги тієї чи тієї його складової. Аналогічно «Адаптивно-приспосувальний» фактор рівня віддалено набутого порушення функцій опорно-рухового апарату, логічно, може трансформуватися у «Приймаючо-адаптивний», «Раціоналізуючо-залежний».

З-поміж іншого, ми вважаємо, що деякі компоненти, сформовані на початковому етапі переживання адаптації, пов'язаної з отриманням порушень функцій опорно-рухового апарату, можуть слугувати основою прояву компонентів на третьому етапі, жодним чином не виявляючись, тобто перебуваючи в латентному стані на другому. Зокрема, це стосується пар факторів «Гіперкомпенсаторно-адаптивний» і «Я-орієнтований», «Приймаючо-співпрацюючий залежний» і «Приймаючо-адаптивний», «Гіперкомпенсаторно-адаптивний» і «Приймаючо-адаптивний».

Варто відзначити й відсутність на перших двох рівнях «Я-орієнтованого» компонента й, одночасно, його наявність як у контрольній, так і в експериментальній досліджуваних групах. Це може свідчити про наявність даного компонента переживання адаптації у більш статичних умовах, тобто в ситуації певної внутрішньої константності. Або, про наявність процесу трансформації Я-концепції особистості, зокрема такого компонента як Я-фізичне в осіб з обмеженнями життєдіяльності.

У подальшому науковому дослідженні буде розроблена та апробована модель психокорекції дезадаптивних проявів психологічних механізмів соціальної адаптації та система комплексної соціальної реабілітації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бурлачук Л. Ф. Психодіагностика. Учебник для вузов. /Л. Ф. Бурлачук. – СПб.: Питер, 2006. – 351 с.
2. Райгородский Д. Энциклопедия психодиагностики. Психодиагностика взрослых /Д. Райгородский. – Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2009. – 704 с.
3. Рибалка В. В. Методологічні питання наукової психології (Досвід особистісно центрованої систематизації категоріально-поняттєвого апарату): навчально-методичний посібник /Рибалка В. В. – К.: Ніка-Центр, 2003. – 204 с.
4. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии /Е. В. Сидоренко. – СПб.:ООО «Речь», 2004. – 350 с.
5. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. /Л. Н. Собчик. – СПб.: Издательство «Речь», 2005. – 624с.



6. Чухрий И. В. Диагностика психологических механизмов социальной адаптации лиц молодого возраста. /И. В. Чухрий// Диалог. Психологический и социально-педагогический журнал. Республиканское унитарное предприятие Издательство «Пачатковая школа». – Минск. – 2018. – № 3. – С. 83–95.

7. Шевцов А. Г. Особистісно центрована концепція формування реабілітаційного простору професійної освіти // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету: Серія соціально-педагогічна. Випуск VII. / За ред. О. В. Гаврилова, В. І. Спивака. – Кам'янець-Подільський: ПП Мошинський В. С., 2007. – 420 с. – с. 94 – 103.

8. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології: [монографія] /А. Г. Шевцов. – К.: «МП Леся», 2009. – 483с.

9. Chukhrii I. Researching of youth self-concept with the musculoskeletal system disorders. The scientific heritage. № 32 (2019).P.3. Budapest.Hungary. P.48–51.

10. Shevtsov A., Chukhrii, I. Psychological mechanisms of social adaptation of young disabled people. American Journal of Applied and Experimental Research. № 3(6). New York NY. USA. 2017. P. 6–14.

REFERENCES (TRANSLATED AND TRANSLITERATED)

1. Burlachuk L. F. Psykhodyaghnostyka. Uchebnyk dlja vuzov. /L.F.Burlachuk. – SPb.: Pyter, 2006. – 351 s.

2. Rajghorodskyy D. Энциклопедия psykhodyaghnostyky. Psykhodyaghnostyka vzroslykh / D. Rajghorodskyy. – Samara: Yzdatel'skyy Dom «Bakhrakh-M», 2009. – 704 s.

3. Rybalka V. V. Metodologichni pytannja naukoj psykhologhiji (Dosvid osobystisno centrovanoj systematyzaciji kateghorialjno-ponjattjevogho aparatu) : navchaljno-metodychnyj posibnyk / Rybalka V.V. – K. : Nika-Centr, 2003. – 204 s.

4. Sydorenko E. V. Metody matematycheskoj obrabotky v psykhologhyy /E.V.Sydorenko. – SPb.:ООО «Rechj», 2004. – 350 s.

5. Sobchuk L. N. Psykhologhyya yndyvydualnosty. Teoryja y praktyka psykhodyaghnostyky. / L. N. Sobchuk. – SPb.: Yzdatel'stvo «Rechj», 2005. – 624 s.

6. Chukhryj Y. V. Dyaghnostyka psykhologhycheskykh mekhanyzmov socyalnoj adaptacyj lyc molodogho vozrasta. /Y. V. Chukhryj// Dyalogh. Psykhologhycheskyy y socyaljno-pedaghoghycheskyy zhurnal. Respublykanskoje unytarnoe predprijatye Yzdatel'stvo «Pachatkovaja shkola». – Mynsk. – 2018. – #3. – S. 83–95.

7. Shevcov A. Gh. Osobystisno centrovana koncepcija formuvannja reabilitacijnogho prostoru profesijnoj osvity // Zbirnyk naukovykh pracj Kam'janecj-Podil's'kogo derzhavnogho universytetu: Serija socialjno-pedaghoghichna. Vypusk VII. / Za red. O.V.Ghavrylova, V. I. Spyvaka. – Kam'janecj-Podil's'kyy: PP Moshyn's'kyy V. S., 2007. – 420 s. – s. 94 – 103.

8. Shevcov A. Gh. Osvitni osnovy reabilitologhiji: [monoghrafija] /A. Gh. Shevchov. – K.: «MP Lesja», 2009. – 483 s.

9. Chukhrii I. Researching of youth self-concept with the musculoskeletal system disorders. The scientific heritage. # 32 (2019).R.3. Budapest.Hungary. P. 48–51.

10. Shevtsov, A., Chukhrii, I. Psychological mechanisms of social adaptation of young disabled people. American Journal of Applied and Experimental Research. #3(6). New York NY. USA. 2017. P. 6–14.