

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ МЕДИКО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Л. П. Васильева, Е. С. Щербицкая

Государственный институт управления и социальных технологий БГУ, г. Минск
belaya.vezha@yahoo.com

Показано важное значение социально-психологического аспекта в профессиональной реабилитации подростков с ограниченными возможностями.

In the work shows the importance of socio-psychological aspect in the vocational rehabilitation of adolescents with disabilities.

К л ю ч е в ы е с л о в а: профессиональная реабилитация; подростки с ограниченными возможностями; профессионально важные качества.

К e y w o r d s: vocational rehabilitation; teenagers with disabilities; professionally important qualities.

Введение. Развитие коммуникативных навыков, умения строить адекватные межличностные отношения — актуальное, социально значимое направление медико-профессиональной реабилитации подростков-инвалидов, которое выходит на проблему формирования профессиональной пригодности через коррекцию и развитие у них профессионально важных функций и качеств [2]. Межличностные отношения влияют на уровень взаимодействия с окружающими, семьей, друзьями, коллегами по учебе и работе. Диагностика уровня и качества межличностных отношений необходима при подборе профессии, так как эмоциональными компонентами межличностных отношений являются положительные и отрицательные реакции, конфликтность, эмоциональная чувствительность и др. Важны исследование и своевременная коррекция таких черт личности, влияющих на межличностные отношения, как зависимость и независимость, открытость и замкнутость, общительность и необщительность и т. д. Все это будет оказывать влияние

на качество и эффективность профессионального обучения и труда, а также будущие трудовые отношения. Рассмотрим особенности межличностных отношений подростков-инвалидов, которые в скором будущем встанут перед проблемой выбора профессионального пути.

В работе использовались следующие методы: беседа, анализ медицинской документации, психологическое тестирование с применением методик «Q-сортировка» В. Стефансона и «Опросник межличностных отношений» А. А. Рукавишника [3], статистическая обработка результатов производилась с расчетом *t*-критерия Стьюдента.

Общий объем выборки составил 50 человек: 25 детей-инвалидов в возрасте от 14 до 16 лет, посещающих ГУ «Республиканский реабилитационный центр для детей-инвалидов» г. Минска (экспериментальная группа). Испытуемые этой группы имели диагноз «детский церебральный паралич» (ДЦП), следствием которого являлось нарушение функций опорно-двигательного аппарата. В группе было 4 ребенка с нарушением речи (дислалия, дизартрия, заикание), у трех наблюдались нарушения психического развития (трудности в обучении). Контрольная группа состояла из 25 учеников общеобразовательной школы № 10 г. Слуцка: учащихся 8–9-х классов в возрасте от 14 до 16 лет. Испытуемые этой группы не имели нарушений психического и интеллектуального развития, проживали в благополучных семьях.

Количественное распределение испытуемых по типам тенденций поведения в группе представлено в табл. 1.

Таблица 1

**Результаты исследования основных тенденций поведения в группе
(количественное распределение испытуемых)**

Тенденции поведения в группе	Подростки-инвалиды		Здоровые подростки	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Зависимость	19	76	5	20
Независимость	6	24	20	80
Общительность	17	68	20	80
Необщительность	8	32	5	20
Принятие борьбы	12	48	14	56
Непринятие борьбы	13	52	11	44

Как видно из таблицы, для большинства подростков-инвалидов характерна тенденция к зависимости от окружающих, семьи и общества (19 человек). Она интерпретируется как внутреннее стремление

ребенка-инвалида к принятию групповых стандартов и ценностей: социальных и морально-этических. В то же время 80 % здоровых подростков склонны к самостоятельному принятию решений и независимости от мнения окружающих людей. По шкале «общение» видно, что для 80 % здоровых учащихся и 68 % сверстников с ДЦП важно общение с окружающими; ни те ни другие не стремятся к коммуникативной изоляции. Тенденции поведения «принятие борьбы» и «избегание борьбы» в обеих группах примерно одинаковы: в 48 % случаев учащиеся с ДЦП и в 56 % обычные подростки стремятся добиться более высокого статуса в системе межличностных взаимоотношений группы, в которой они активно участвуют. В 52 % случаев подростки-инвалиды демонстрируют стремление уйти от взаимодействия, сохранить нейтралитет в групповых спорах и конфликтах, подобное поведение встречается у 44 % здоровых детей.

Изучение типов стратегий, используемых подростками в межличностных отношениях, выявило следующее. Только у четырех подростков с двигательными нарушениями были высокие значения по шкале Ie (выраженное поведение в области «включения»). У них было активное стремление принадлежать к различным группам, быть включенным, как можно чаще находиться среди людей; стремление принимать окружающих, чтобы они, в свою очередь, принимали участие в них, проявляли к ним интерес. У трети подростков с ДЦП были низкие значения по данной шкале, это свидетельствовало о том, что эти лица не чувствуют себя хорошо среди людей и имеют склонность избегать контактов.

Значения по шкале Iw (требуемое поведение в области «включения») у 2/3 детей-инвалидов находились на очень высоком уровне. Это свидетельствовало об их стремлении к тому, чтобы окружающие приглашали их принимать участие в общих делах, прилагали усилия, чтобы включить их в свое общество даже в тех случаях, когда они сами ничего не делают для этого, контакты зачастую устанавливаются неразборчиво [1]. Результаты по шкале Se (выраженное поведение в области «контроля»), показали характерную для большинства детей-инвалидов (2/3 обследованных – 19 человек) особенность: активно избегать принятия решений и взятия на себя ответственности. Тогда как у 68 % здоровых детей выявлено стремление все контролировать и влиять на окружающих, брать в свои руки руководство и принятие решений. В соответствии с предыдущими данными высокие значения у подростков-инвалидов по шкале Sw (требуемое поведение в области «контроля») отражали их потребность в зависимости, в ожидании

контроля и руководства со стороны окружающих, свидетельствовали о нежелании брать на себя ответственность. Высокий уровень данного показателя характерен для 80 % испытуемых с двигательными нарушениями. У 98 % здоровых сверстников были зафиксированы низкие значения по данной шкале, что демонстрирует непринятие подростками контроля над собой, стремление быть независимыми. Низкие показатели по шкале Ae – выраженное поведение в области «аффекта» – у школьников с ДЦП (21 человек) указывают на осторожность и избирательность в установлении близких чувственных отношений с другими, отсутствие стремления проявлять к ним свои теплые и дружеские чувства, а это как раз характерно для большинства здоровых подростков (19 человек из 25).

Таким образом, выявленные особенности используемых форм поведения и стратегий в установлении межличностных контактов подростками-инвалидами вследствие ДЦП не будут способствовать их успешной социальной, а в будущем – профессиональной адаптации и интеграции. Последнее убеждает в необходимости оперативного включения в программу медико-профессиональной реабилитации подростков-инвалидов мероприятий по целенаправленному обучению навыкам эффективного социального функционирования.

В рамках данного исследования с целью коррекции межличностных отношений у детей-инвалидов была разработана и выполнена коррекционно-развивающая программа. Реализация программы включала в себя три этапа: диагностический, коррекционный, повторной диагностики. Коррекционная работа с подростками-инвалидами была направлена на развитие эмоциональной сферы, создание психологически защищенной ситуации для личностного самораскрытия, на формирование независимости и самостоятельности.

Таблица 2

Выраженность типов и стратегий межличностных отношений (баллы), используемых подростками-инвалидами, до и после проведения коррекции

Типы и стратегии отношений	Дети-инвалиды (до тренинга)	Дети-инвалиды (после тренинга)
Зависимость	7,1 ± 0,34	4,4 ± 0,4*
Iw	5,96 ± 0,52	3,16 ± 0,35*
Ce	2,6 ± 0,34	6,52 ± 0,42*
Cw	6,56 ± 0,51	2,8 ± 0,31*
Ae	2,24 ± 0,22	6,52 ± 0,42

Примечание: Iw – требуемое поведение в области «включения», Се – выраженное поведение в области «контролируемое поведение», Sw – требуемое поведение в области «контроля», Ae – выраженное поведение в области «аффекта».

* – различия между группами достоверны ($p < 0,001$).

В ходе анализа полученных результатов в экспериментальной группе были выявлены положительные статистически достоверные изменения в используемых подростками с двигательными нарушениями типах и стратегиях межличностных отношений (табл. 2). В таблице представлены статистически значимые результаты по коррекции и развитию у подростков-инвалидов навыков социального взаимодействия, реализованные в рамках реабилитационных мероприятий на базе ГУ «Республиканский реабилитационный центр для детей-инвалидов».

Выводы.

1. Наличие физических, психофизиологических, психологических нарушений у подростков-инвалидов приводит к возникновению барьеров, затрудняющих установление нормальных социальных контактов между людьми, что станет препятствием для их дальнейшей социальной и профессиональной интеграции.

2. Трудности общения порождены социальными факторами (социальная изоляция и депривация, педагогическая запущенность, трудновоспитуемость и др.), а также обусловлены индивидуально-типологическими особенностями (темперамента, характера, эмоциональных состояний и др.).

3. Включение в программу медико-профессиональной реабилитации подростков-инвалидов мероприятий по развитию навыков межличностного социального взаимодействия будет способствовать формированию у них тех профессионально важных качеств, которые обуславливают успешность профессиональной адаптации и конкурентоспособность специалиста.

Библиографические ссылки

1. *Акатов Л. И.* Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы : учеб. пособие для студентов вузов. М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2003.

2. *Васильева Л. П., Зборовский К. Э.* Профессиональная реабилитация: профорIENTATION и отбор на профессиональное обучение лиц с ограниченными возможностями. Минск : ГИУСТ БГУ, 2012.

3. *Карелин А. А.* Практическая диагностика. Методики и тесты. Самара : БАРАХ-М, 2009.