

Специфика личностного реабилитационного потенциала подростков с нарушениями статодинамической функции в связи со временем возникновения нарушения и степенью его тяжести

О.Н. Гудилина,

*психолог Ресурсного центра психологической реабилитации Московского
городского психолого-педагогического университета skvirel87@inbox.ru*

Приводится обзор литературы по исследуемой проблеме. Рассматриваются понятие личностного реабилитационного потенциала и его компоненты. Описывается проведенное автором сравнительное исследование личностного реабилитационного потенциала в зависимости от степени тяжести и времени возникновения нарушения статодинамической функции у подростков в возрасте 14–17 лет. Результаты, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о влиянии фактора времени возникновения и степени тяжести нарушения на личностный реабилитационный потенциал. Существование этих различий позволяет ставить вопрос о необходимости разработки и применения дифференцированных программ психологической реабилитации в зависимости от особенностей генеза нарушения.

Ключевые слова: психологическая реабилитация, личностный реабилитационный потенциал, нарушения статодинамической функции, внутренняя картина болезни, жизнестойкость, смысложизненные ориентации.

В настоящее время наблюдается рост числа людей с нарушениями статодинамической функции (СДФ) – как врожденными, так и приобретенными [8; 19].

В нашей стране помощь этим категориям больных заключается, в основном, в осуществлении медицинской реабилитации. Система психологической реабилитации находится в стадии формирования. Она необходима, поскольку при нарушениях СДФ, как врожденных, так и приобретенных, наблюдаются специфические изменения личности: формирование иждивенческих установок, депрессивные реакции и др., что затрудняет осуществление медицинской реабилитации и в целом мешает продуктивному функционированию человека.

Для построения индивидуальной программы реабилитации и оценки эффективности реабилитационного процесса целесообразно учитывать понятия «реабилитационный потенциал» [2], а в контексте психологической реабилитации – «психологический реабилитационный потенциал» и, в частности, «личностный реабилитационный потенциал» [3].

Реабилитационный потенциал (РП) – это биологические и социально-психологические возможности индивида компенсировать ограничения жизнедеятельности, сформировавшиеся вследствие болезни или дефекта [2].

Ж.В. Порохина рассматривает *психологический РП* как систему преморбидно сформированных индивидуально-психологических характеристик личности (мотивационных, эмоционально-волевых, когнитивных), выступающих в качестве основного ресурса в случае заболевания, которое инвалидизирует человека, и способствующих его реадaptации к новым условиям жизни [14].

По нашему мнению, говорить о преморбидности психологического РП как об обязательной его характеристике нет достаточных оснований. Некоторые личностные характеристики, способствующие адаптации к новым условиям среды, формируются во время заболевания. Еще более остро стоит этот вопрос относительно лиц с врожденными нарушениями. Так, например, известны имена выдающихся паралимпийцев, а также ученых, которые достигли высокого уровня самореализации, имея врожденные ограничения здоровья.

Т.А. Рогачева рассматривает психологический потенциал как возможность расширения сфер жизнедеятельности за счет восстановления или компенсации нарушений на психическом уровне [18].

Мы предполагаем, что психологический РП имеет сложную структуру, включающую когнитивный, аффективный и личностный компоненты.

Личностный реабилитационный потенциал (ЛРП) понимается нами как система личностных характеристик реабилитанта, позволяющих ему активно и эффективно участвовать в процессе комплексной реабилитации, а также адаптироваться к изменяющимся условиям среды.

Компоненты ЛРП.

Ж.В. Порохина выделяет 9 компонентов психологического РП: тип отношения к болезни, уровень нервно-психического состояния, уровень самооценки, уровень притязаний, уровни реактивной и личностной тревожности, локус контроля, состояние взаимоотношений с социальным окружением и удовлетворенность профессиональной деятельностью [14].

Понятие «личностный реабилитационный потенциал» – более узкое. ЛРП входит в структуру психологического РП. Из предложенных Ж.В. Порохиной компонентов мы включили в ЛРП *тип отношения к болезни, локус контроля, уровень самооценки.*

Уровень нервно-психического состояния и уровень тревожности мы отнесли к аффективному РП. Отношения с близкими и удовлетворенность трудовой деятельностью, на наш взгляд, относятся к профессиональному и социально-средовому РП.

В конструкт ЛРП мы добавили такие компоненты, как *мотивация достижений, осмысленность жизни, жизнестойкость, временная перспектива.*

Обоснуем наш выбор компонентов ЛРП и раскроем каждую личностную характеристику подробнее.

Мотивация. О высокой роли мотивации в реабилитационном процессе говорят многие авторы (Р.М. Войтенко, Н.Л. Карпова, А.С. Кадыков).

По мнению Р.М. Войтенко, чем выше уровень мотивационной включенности пациента в реабилитационный процесс, тем эффективнее он проходит. Р.М. Войтенко говорит о необходимости принятия больным целей реабилитации: «...они должны стать его целями и задачами» [2].

По А.С. Кадыкову, одним из принципов реабилитации в неврологической практике является принцип активного участия больного, его родных и близких в реабилитационном процессе [7].

Н.Л. Карпова, занимаясь социореабилитацией пациентов с логоневрозами, ввела понятие «мотивационная включенность», которым обозначается психическое состояние, имеющее многофакторную и многокомпонентную структуру и соотносящееся с психологической установкой [9].

С опорой на мнение упомянутых авторов мы утверждаем, что мотивация и активность пациента в реабилитационном процессе должны пониматься как один из главных компонентов личностного реабилитационного потенциала.

Смысловая сфера личности. У лиц с ограниченными возможностями здоровья из-за ограничения операциональных возможностей происходит перестройка смысловой сферы. Неопределенность прогноза или негативный прогноз нарушают возможности формирования жизненных целей [11].

При приобретенных нарушениях статодинамической функции восстановление жизнедеятельности происходит благодаря восполнению/ формированию новых смысловых образований, способных задать новую направленность жизни [13]. Для осуществления эффективной реабилитации необходима осмысленность усилий по восстановлению утраченных функций: человек должен понимать, зачем ему это нужно. Это дает нам право говорить о смысловой сфере личности как компоненте ЛРП.

Жизнестойкость. Личностная переменная «жизнестойкость (hardiness)» [12] характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешности деятельности. Она представляет собой систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром, обеспечивающих способность человека адаптироваться к изменяющимся условиям окружающей среды. Эта личностная переменная состоит из трех компонентов: вовлеченности, контроля, принятия риска.

Е.И. Рассказова и Д.А. Леонтьев считают жизнестойкость одним из ядерных компонентов личностного потенциала. Жизнестойкость способствует активному преодолению трудностей, стимулирует заботу о собственном здоровье и благополучии [17]. Высокий уровень жизнестойкости при хронических заболеваниях связан с более позитивным восприятием своей болезни, лучшей психосоциальной адаптацией [22], что дает нам право рассматривать жизнестойкость в числе компонентов ЛРП.

Временная перспектива и временные установки личности. Ф. Зимбардо определяет временную перспективу личности (ВПЛ) как основной аспект в построении психологического времени, которое возникает из когнитивных процессов, разделяющих жизненный опыт человека на временные рамки прошлого, настоящего и будущего [21].

На ВПЛ и временные ориентации влияет множество факторов, в том числе и заболевание.

По мнению Ф. Зимбардо, ориентация на негативное прошлое и фаталистическое настоящее может указывать на невротические состояния, отсутствие самоконтроля и личной ответственности. Такая ориентация является предиктором суицидального поведения, связана с низким уровнем самореализации и депрессивными реакциями [21].

Результаты исследований, проведенные коллегами Ф. Зимбардо, позволяют сделать вывод о том, что пациенты, которые могут работать над своим негативным восприятием прошлого и настоящего и воспитывать в себе ориентацию на будущее, успешнее справляются со своим болезненным состоянием.

Из этого следует, что ВПЛ является параметром оценки реабилитационного потенциала личности. При психотерапевтической работе возможно повышение данного компонента ЛРП.

Проблема личностного реабилитационного потенциала у лиц с нарушением статодинамической функции.

Проблема отношения к своему нарушению у лиц с недостаточностью СДФ представлена в работах Н.Г. Ермаковой [5], И.Ю. Левченко [10], К.А. Семеновой [20] Н.А. Государева [4] и др.

Изучение жизнестойкости у пациентов с нарушениями СДФ предпринято в исследованиях А.М. Щербаковой с коллегами [16] и Г.В. Пятаковой [15].

Особенности временной перспективы личности у пациентов с нарушениями СДФ показаны А.В. Селиным [19], И.Ю. Левченко [10], Е.Н. Дмитриевой, Т.Е. Левицкой [6].

При этом комплексного изучения личностного реабилитационного потенциала у лиц с нарушением СДФ не проводилось, как и не выявлялась специфика ЛРП относительно времени возникновения нарушения и степени его тяжести.

Результаты обзора литературы, осуществленного нами, позволяют говорить о недостаточной изученности заявленной нами темы, и мы считаем актуальным ее исследование.

Целью проведенного нами исследования стало выявление специфики ЛРП подростков с нарушениями СДФ различного генеза.

Исследование основывалось на следующей **гипотезе**: время возникновения нарушения СДФ и степень его тяжести влияют на ЛРП подростков с нарушениями СДФ.

В ходе исследования решались следующие **задачи**:

- 1) определение специфики ЛРП в зависимости от времени возникновения нарушения СДФ;
- 2) определение специфики ЛРП в зависимости от степени тяжести нарушения СДФ.

Исследование проводилось на базе детской психоневрологической больницы № 18 (2011г.) и реабилитационного центра «Преодоление» (2008–2010 гг.). В нем приняли участие 60 человек.

Всех испытуемых мы разделили на группы по времени возникновения нарушения (врожденные и рано приобретенные – до 3-х лет и приобретенные – после 3-х лет) и по степени тяжести нарушения.

Для выделения групп по тяжести нарушения мы воспользовались критериями, предложенными И. Ю. Левченко [10]:

- подростки с тяжелыми двигательными нарушениями (ДН), передвигающиеся только на костылях или в коляске. У большинства из них грубо нарушены манипулятивные функции из-за гиперкинезов или контрактур;
- подростки с ДН средней тяжести, передвигающиеся с опорой на трость. Манипулятивные функции развиты достаточно;
- подростки с легкими ДН, передвигающиеся самостоятельно на значительное расстояние дефектной походкой. Манипулятивные функции ограничены незначительно, но мышечная сила в руках снижена.

В нашем исследовании принимали участие подростки только с тяжелыми и легкими ДН в возрасте от 14 до 17 лет.

Испытуемые были разделены на четыре группы, каждая группа оценивалась по двум

критериям: степени тяжести и времени возникновения нарушения (табл.1):

группа 1 – подростки с врожденными тяжелыми нарушениями СДФ;

группа 2 – подростки с приобретенными тяжелыми нарушениями СДФ;

группа 3 – подростки с врожденными легкими нарушениями СДФ;

группа 4 – подростки с приобретенными легкими нарушениями СДФ.

Все испытуемые имели нормативные показатели интеллекта.

Т а б л и ц а 1

Характеристика выборки

Всего		60	Пол	
			М	Ж
			54	49
По времени приобретения	Врожденные нарушения СДФ	29	14	15
	Приобретенные нарушения СДФ	31	18	13
По степени тяжести	Легкие нарушения СДФ	33	15	18
	Тяжелые нарушения СДФ	27	11	16

В исследовании были использованы следующие психодиагностические методики:

- «Тест жизнестойкости» в адаптации Д.А. Леонтьева;
- «Тест смысловых ориентаций (СЖО)» в адаптации Д.А. Леонтьева;
- «Опросник временной перспективы личности (ВПЛ)» Ф. Зимбардо;
- «Опросник восстановления локуса контроля (ВЛК)»;
- «Тест мотивации достижений (ТМД)» А. Мехрабиана в модификации М.Ш. Эминова;
- ТОБОЛ (Опросник диагностики типа отношения к болезни).

Исследование заключалось в проведении комплексной диагностики мотивационной сферы личности (СЖО, ТМД, ВЛК), смысловой сферы личности (СЖО), временной перспективы личности, жизнестойкости и отношения к нарушению статодинамической функции (ТОБОЛ).

Форма проведения диагностики – индивидуальная, с учетом особенностей нарушения статодинамической функции.

Проводился сравнительный анализ ЛРП подростков с нарушениями СДФ с учетом времени возникновения нарушения и степени его тяжести.

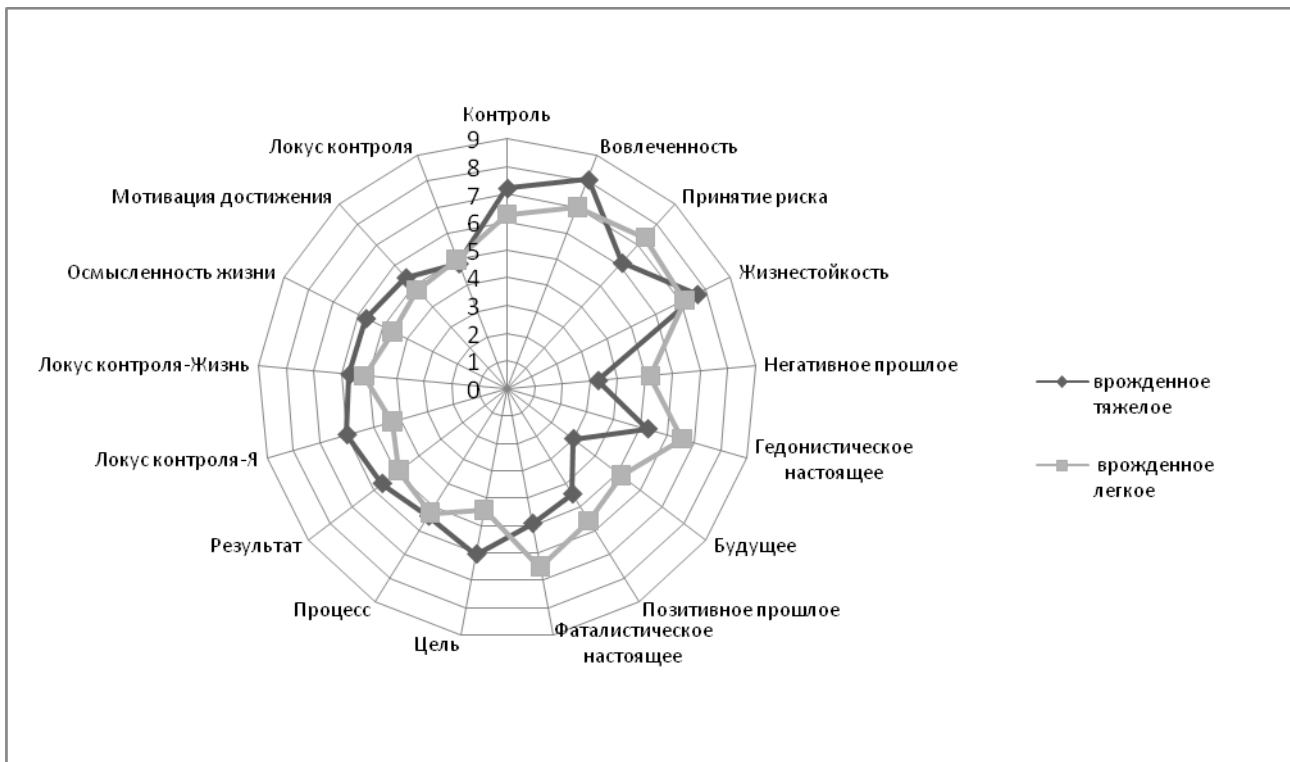
Для анализа и представления результатов использовались статистический пакет Statistica 7 и Microsoft Office Excel 2007. Для проверки значимости межгрупповых различий использовался U-критерий Манна–Уитни.

Сравнительный анализ ЛРП подростков с врожденными легкими и с врожденными тяжелыми нарушениями СДФ.

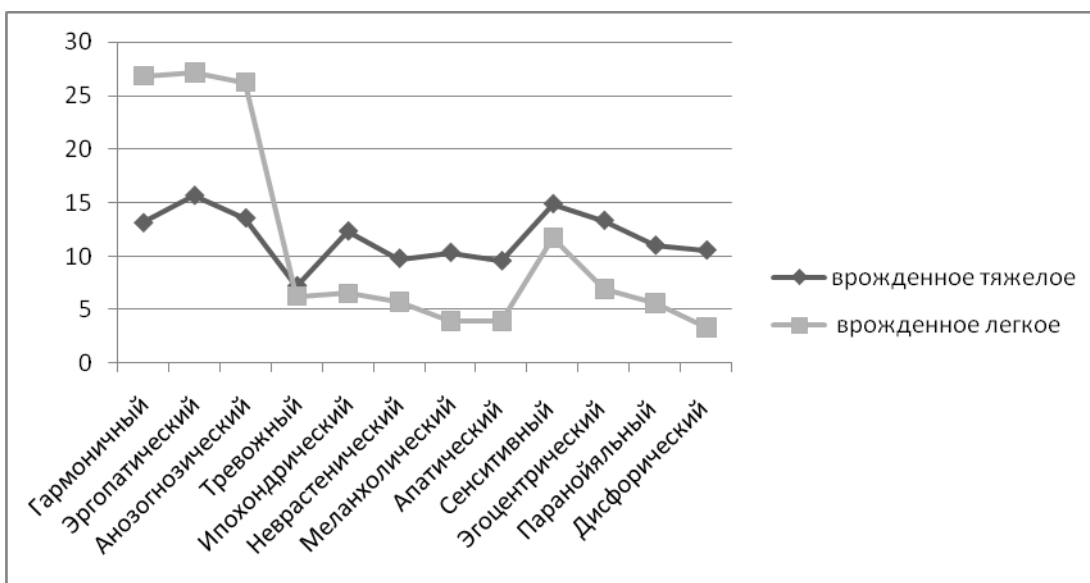
При сравнении двух групп с врожденными нарушениями СДФ, но с различной степенью тяжести нарушения были выявлены значимые различия: по методике СЖО по показателям «цель» ($U=54$; $p=0,02$) и «локус контроля – Я» ($U=100$; $p=0,02$), суммарному показателю «осмысленность жизни» ($U=53,5$; $p=0,02$) (рис.1а).

Данные показатели были выше у подростков группы 1, что, с одной стороны, кажется парадоксальным, а с другой – вполне вероятно. При рассмотрении специфики социальной ситуации развития подростков этой группы в большинстве случаев наблюдаются гиперпротекция со стороны родителей, а также относительная социальная депривация (ограничение взаимодействия с обществом), что может привести к застреванию подростка на учебной деятельности как ведущей, в отличие от подростка с легкими нарушениями, который вступает в нормативный кризисный период развития, характеризующийся переосмыслением жизненных целей, в этом случае выраженность показателей целей и осмысленности жизни может колебаться.

Выявлены значимые различия по профилю отношения к нарушению СДФ по гармоническому ($U=32$; $p=0,03$) и дисфорическому ($U=24,5$; $p=0,008$) типам. По эргопатическому типу отношения к болезни различия выявляются на уровне тенденции ($U=37,5$; $p=0,07$) (рис. 1б). Показатели по гармоническому и эргопатическому типу отношения к нарушениям СДФ выше у подростков группы 3, а по дисфорическому ниже. Данные различия могут говорить о более гармоничном типе отношения к нарушению СДФ у подростков с легкими нарушениями.



а



б

Рис. 1а, б. Сравнительный анализ ЛРП подростков с врожденными легкими и врожденными тяжелыми нарушениями СДФ

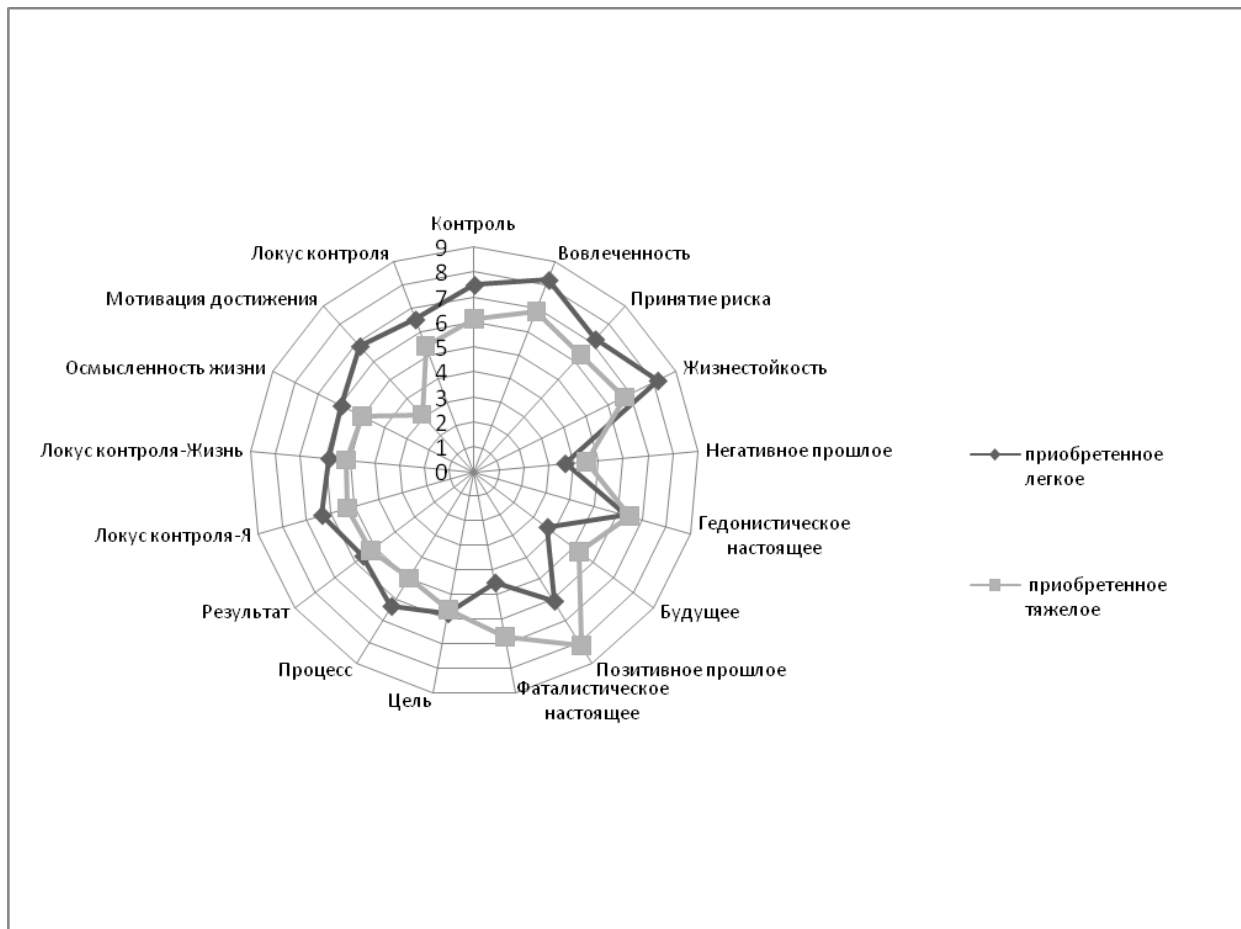
Сравнительный анализ ЛРП подростков с приобретенными легкими и приобретенными тяжелыми нарушениями СДФ.

При сравнении двух групп с приобретенными нарушениями СДФ различной тяжести были выявлены значимые различия по следующим показателям (рис. 2а,б): «мотивация

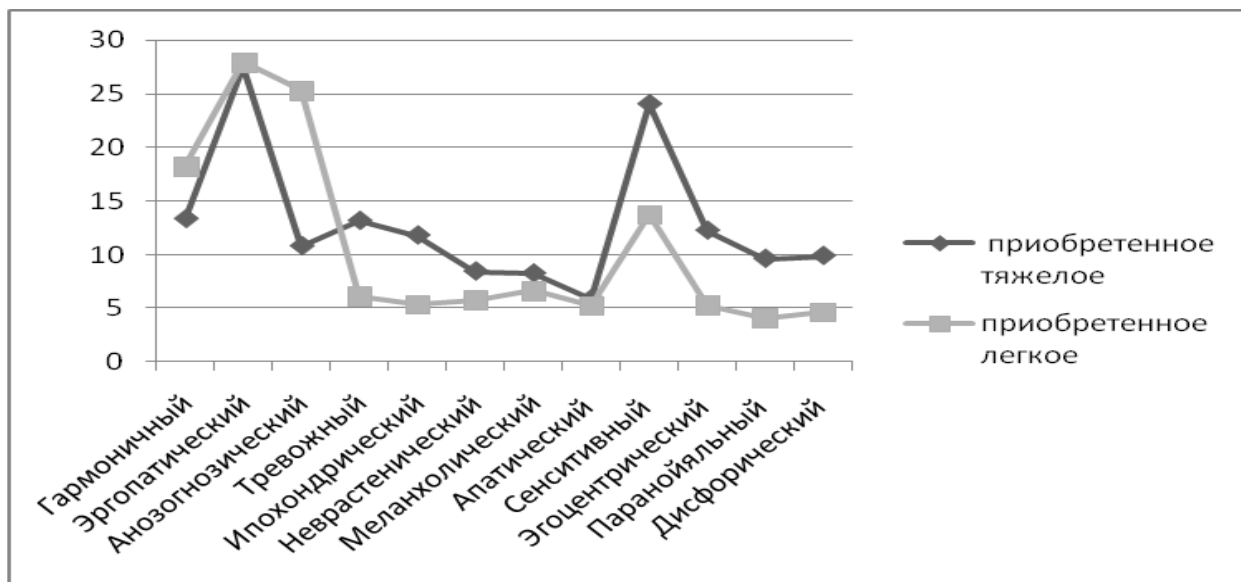
достижения» ($U=4$; $p=0,01$) выше у подростков группы 4; «направленность на будущее» ($U=23,5$; $p=0,055$) выше у группы 2 (рис. 2а). Различия на уровне тенденции выявлены в показателях: «вовлеченность» ($U=108$; $p=0,07$), «жизнестойкость» ($U=108$; $p=0,07$), «процесс» ($U=39,5$; $p=0,07$). Эти результаты подтверждаются и другими авторами. В исследовании А.М. Щербаковой с коллегами было показано, что жизнестойкость пациентов с ТБСМ зависит от степени тяжести повреждения. У пациентов с повреждением спинного мозга на уровне шейного отдела жизнестойкость ниже, что может указывать на то, что уровень поражения спинного мозга (степень тяжести нарушения СДФ) влияет на реабилитационный потенциал [16].

При сравнении профилей типа отношения к болезни наблюдаются значимые различия по следующим типам (рис. 2б): анозогностический ($U=35$; $p=0,04$), ипохондрический ($U=24$; $p=0,007$), неврастенический ($U=34$; $p=0,03$), эгоцентрический ($U=31$; $p=0,02$), паранойяльный ($U=29$; $p=0,01$), дисфорический ($U=34$; $p=0,03$). При легком нарушении СДФ преобладает анозогностический тип отношения к болезни, остальные типы менее выражены.

Исходя из полученных результатов, можно говорить о том, что при приобретенных нарушениях СДФ у подростков на ЛРП влияет степень тяжести нарушения. При более тяжелом нарушении ЛРП ниже, поскольку проявляются депрессивные, субдепрессивные, дисфорические черты, снижается жизнестойкость и вовлеченность, чего не происходит при легких нарушениях СДФ. По нашему мнению, данный факт связан с резким изменением социальной ситуации развития подростка в случае тяжелого приобретенного нарушения СДФ.



а



б

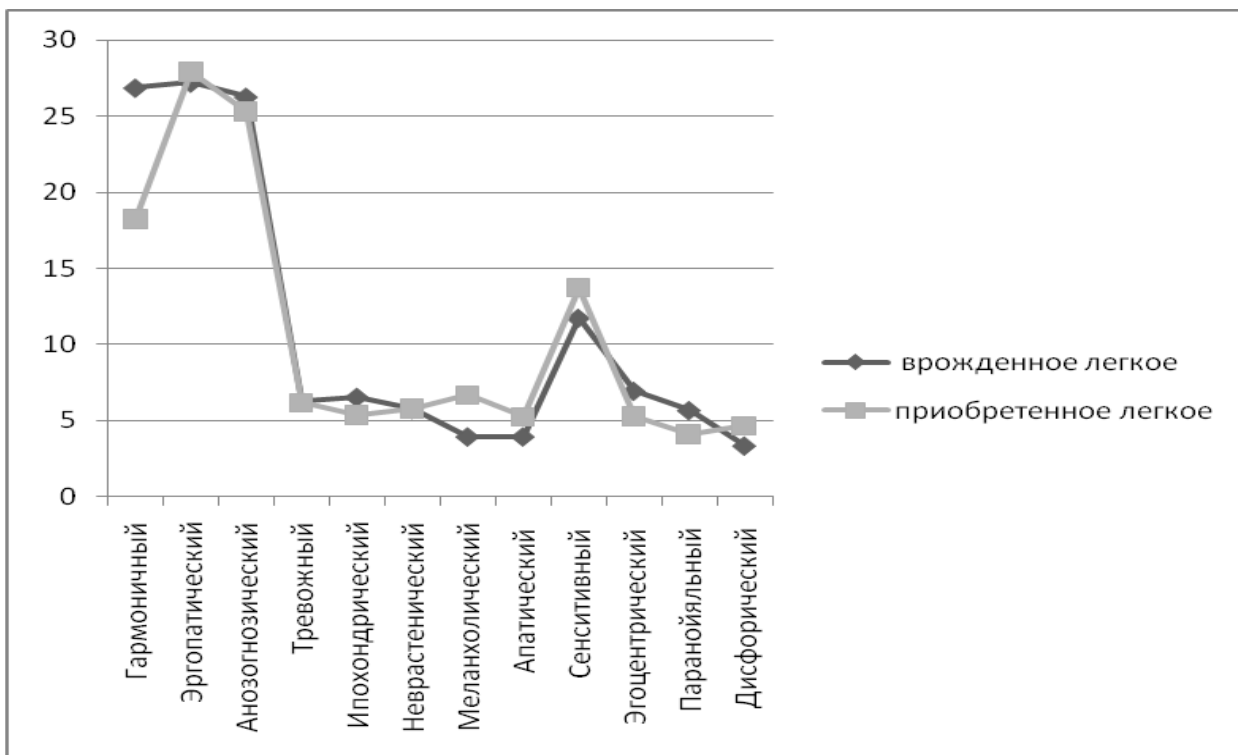
Рис. 2 а,б. Сравнительный анализ ЛРП подростков с приобретенными легкими и приобретенными тяжелыми нарушениями СДФ

Сравнительный анализ ЛРП подростков с легкими нарушениями СДФ – врожденными и приобретенными.

При сравнении двух групп с одинаковой (легкой) степенью выраженности нарушения СДФ, но с различным временем возникновения нарушения были выявлены значимые различия по следующим показателям (рис. 3а,б): «локус контроля – Я» ($U=53,5$; $p=0,003$), «восстановление локуса контроля» ($U=65$; $p=0,01$), «мотивация достижений» ($U=15$; $p=0,01$). На уровне тенденции выявлены различия между группами в показателях: «осмысленность жизни» ($U=68$; $p=0,07$), «цель» ($U=66,5$; $p=0,06$). Все перечисленные показатели были выше у подростков группы 4. Полученные результаты не противоречат данным литературы. У подростков группы 4 высока мотивация к восстановлению функции, при этом они не видят преграды в осуществлении дальнейшей жизнедеятельности. Подростки группы 3 никак не замотивированы избавляться от нарушения, они к нему привыкли и воспринимают очередную госпитализацию как повод встретиться с друзьями, а не как возможность поддержать или улучшить свое физическое состояние.



a

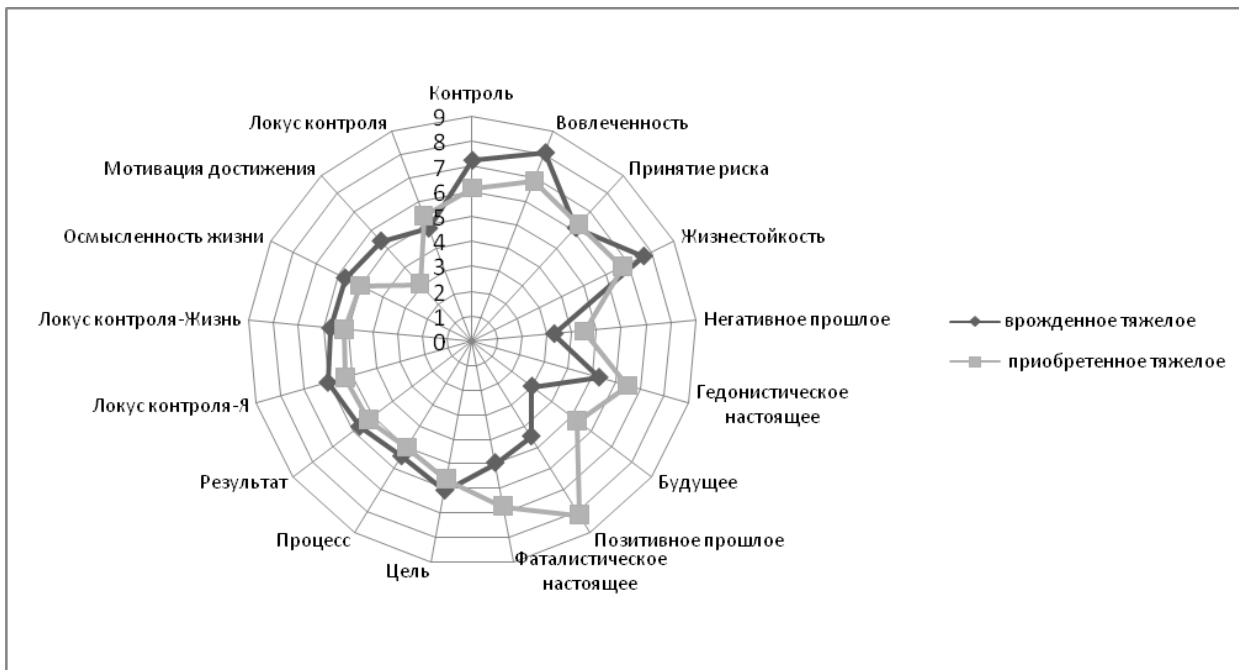


б

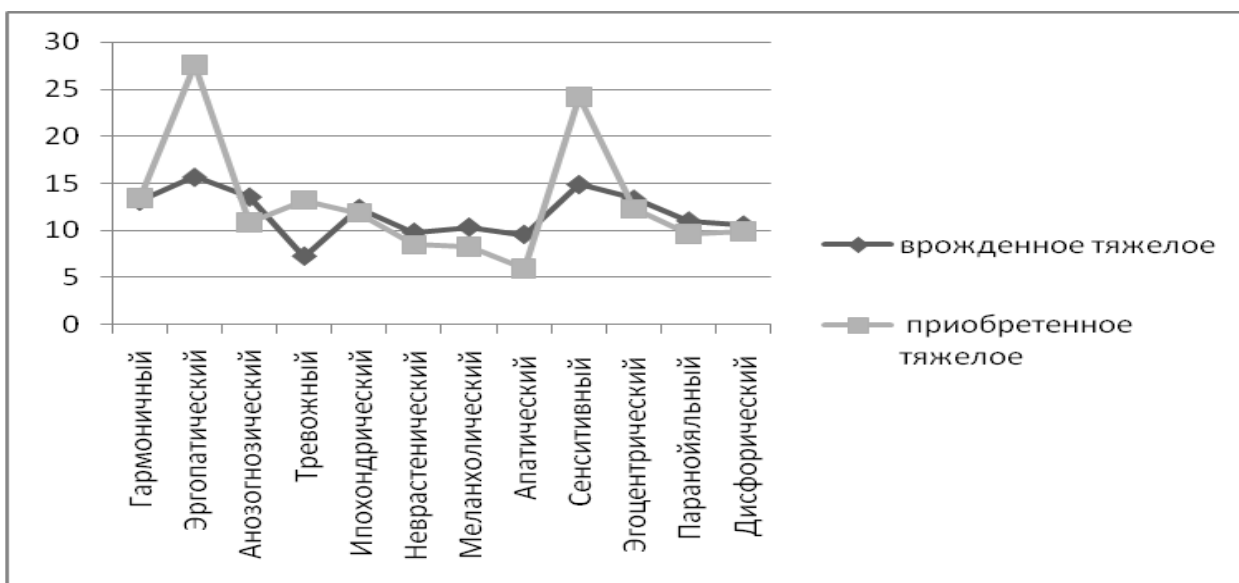
Рис. 3а, б. Сравнительный анализ ЛРП подростков с легкими нарушениями СДФ – врожденными и приобретенными

Сравнительный анализ ЛРП подростков с тяжелыми нарушениями СДФ – врожденными и приобретенными.

При сравнении двух групп с одинаково тяжелой степенью выраженности нарушения, но с различным временем его возникновения (рис.4 а,б) были выявлены значимые различия по следующим показателям: «ориентация на будущее» ($U=5$; $p=0,04$) и «позитивное прошлое» ($U=6$; $p=0,05$) выше при приобретенных нарушениях СДФ. Рассматривая ЛРП у подростков группы 2, мы видим их направленность на позитивное прошлое и эргопатический тип отношения к болезни. Вероятно, данные особенности вызваны резкой сменой жизненной ситуации, желанием вернуть прошлое и продолжать свою учебную деятельность. В то же время подростки этой группы менее вовлечены в происходящее вокруг по сравнению с подростками группы 1. Данный факт согласуется с данными литературы: по мнению О.Н. Арестовой, сокращение временной перспективы личности, а также смещение временной перспективы в прошлое говорят о наличии депрессивных состояний[1]. Исходя из полученных данных, можно судить о низком ЛРП обеих групп.



а



б

Рис. 4 а,б. Сравнительный анализ ЛРП подростков с тяжелыми нарушениями СДФ – врожденными и приобретенными

Выводы.

1. Личностный реабилитационный потенциал связан со степенью тяжести нарушения СДФ. При приобретенных тяжелых нарушениях ЛРП ниже (наблюдаются субдепрессивные, дисфорические черты, жизнестойкость и вовлеченность снижены), чем при легких

нарушениях СДФ. В то же время у подростков с тяжелыми врожденными нарушениями ЛРП выше: они считают свою жизнь более осмысленной, у них есть четкие цели в жизни, но отношение к нарушению СДФ у них не такое гармоничное, как у подростков с легкими врожденными нарушениями СДФ.

2. ЛРП также связан со временем возникновения нарушения СДФ. В случае приобретенных легких нарушений выявлен более высокий ЛРП, чем у подростков с врожденными легкими нарушениями СДФ. У подростков с приобретенными легкими нарушениями СДФ высока мотивация к восстановлению функций. Подростки с врожденными тяжелыми нарушениями СДФ сильнее вовлечены в происходящее вокруг, чем подростки с приобретенными тяжелыми нарушениями СДФ, которые переживают резкую смену жизненной ситуации и направлены в более благополучное прошлое.

3. Наиболее высоким ЛРП обладает группа подростков с приобретенными легкими нарушениями СДФ. Остальным категориям необходима дополнительная психологическая помощь для актуализации и повышения ЛРП.

Выявленная специфика ЛРП в зависимости от времени возникновения нарушения СДФ и степени его тяжести позволяет нам говорить о необходимости разработки дифференцированных программ психологической реабилитации пациентов с нарушениями СДФ.

Литература

1. *Арестова О.Н.* Операционные аспекты временной перспективы личности // Вопросы психологии. 2000. № 4.
2. *Войтенко Р.М.* Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и психологов. СПб., 2002.
3. *Войтенко Р.М., Крицкая Л.А.* Концепция реабилитологии. Психологический аспект индивидуальной программы реабилитации // Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья / Отв. ред. А.М. Щербакова. М., 2011.
4. *Государев Н.А.* Психосоматическая концепция и детский церебральный паралич // Журнал неврологии и психиатрии. 2001. № 7.
5. *Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г.* Основы реабилитации неврологических больных. СПб., 2004.
6. *Дмитриева Е.Н., Левицкая Т.Е.* К проблеме изучения эмоционального фона в структуре временной перспективы детей и подростков с ДЦП. Томск, 2004. Электронная версия: URL: http://psy.tsu.ru/data/pdf/2_12.pdf

7. *Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шапаронова Н.В.* Реабилитация неврологических больных. М., 2008.
8. *Карелов В.Г.* Санаторно-курортное лечение больных травматической болезнью спинного мозга. Тель-Авив, 1996. Электронная версия: URL:<http://www.scirus.com/epydemiogy/karepov.htm>
9. *Карпова Н.Л.* Организация мотивационной включенности заикающихся и их близких в процесс социореабилитации // Вопросы психологии. 1994. № 6.
10. *Левченко И.Ю.* Система психологического изучения лиц с детским церебральным параличом на разных этапах социальной адаптации: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 2001.
11. *Леонтьев Д.А.* Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности: 3-е изд., доп. М., 2007.
12. *Леонтьев Д.А.* Рассказова Е.И. Тест Жизнестойкости. М., 2006.
13. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
14. *Порохина Ж.В.* Психологический реабилитационный потенциал инвалида (на примере больных с ишемической болезнью сердца): Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2004.
15. *Пятакова Г.В.* Некоторые психологические аспекты внутренней картины болезни детей, страдающих детским церебральным параличом // Детский церебральный паралич: Хрестоматия: Учеб. пособие для студ. высш. и средн. пед., психол. и мед. учеб. заведений/ Сост. Л.М. Шипицына и М.М. Мамайчук. СПб., 2003.
16. Разработка рекомендаций по психологической реабилитации у пациентов с ТБСМ: Отчет о НИР (итоговый) / Московский городской психолого-педагогический университет; рук. А.М. Щербакова. М., 2010.
17. *Рассказова Е.И., Леонтьев Д.А.* Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала // Личностный потенциал: структура и диагностика / Под ред. Д.А. Леонтьева. М., 2011.
18. *Рогачева Т.В.* Проблемы оценки психологического реабилитационного потенциала детей-инвалидов // Социальная работа и сестринское дело в системе здравоохранения и социальной защиты населения: проблемы профессиональной деятельности и перспективы подготовки кадров: Материалы Межрегиональной научно-практической конференции 22–23 апреля 2008 г. / Уральская государственная медицинская академия / Под ред. К.В. Кузьмина. Екатеринбург, 2008.

19. *Селин А.В., Василенко Т.Д.* Особенности временной перспективы больных хроническим соматическим заболеванием // Современные проблемы науки и образования. 2008. № 6.
20. *Семенова К.А.* Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом. М., 2007.
21. *Сырцова А., Митина О.В.* Возрастная динамика временных ориентаций личности// Вопросы психологии. 2008. № 2.
22. *Brooks M.* Health-related hardiness in individuals with chronic illnesses // Clinical Nursing Research. 2008. Vol.17. Issue 2.

Specificity of personal rehabilitation potential in adolescents with static-dynamic functioning impairment depending on the moment of the impairment manifestation and its gravity

O.N. Gudilina,

Psychologist at the Resource center for psychological rehabilitation of the Moscow State University of Psychology and Education skvirel87@inbox.ru

The article provides a review of literature on the topic. The notions of personal rehabilitation potential and its components are elaborated. The comparative research of personal rehabilitation potential depending on the gravity and the moment of manifestation of static-dynamic functioning impairment in 14 – 17-years old adolescents is described. The obtained results show the influence of both timing factor and impairment gravity on personal rehabilitation potential. Revealing of such differences gives evidence of the demand for development and implementation of differential programs of psychological rehabilitation that take specific genesis of the impairment into consideration.

Keywords: psychological rehabilitation, personal rehabilitation potential, static-dynamic functioning impairments, internal image of an illness, resilience, life-meaning orientations.

References

1. *Arestova O.N.* Operacionnye aspekty vremennoi perspektivy lichnosti // *Voprosy psihologii.* 2000. № 4.
2. *Voitenko R.M.* Social'naya psihiatriya s osnovami mediko-social'noi ekspertizy i reabilitologii: Rukovodstvo dlya vrachei i psihologov. SPb., 2002.
3. *Voitenko R.M., Krickaya L.A.* Konceptsiya reabilitologii. Psihologicheskii aspekt individual'noi programmy reabilitatsii // Aktual'nye problemy psihologicheskoi reabilitatsii lic s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya / Otv. red. A.M. Sherbakova. M., 2011.
4. *Gosudarev N.A.* Psihosomaticheskaya konceptsiya i detskii cerebral'nyi paralich // *Zhurnal nevrologii i psihiatrii.* 2001. № 7.

5. *Demidenko T.D., Ermakova N.G.* Osnovy reabilitatsii nevrologicheskikh bol'nyh. SPb., 2004.
6. *Dmitrieva E.N., Levickaya T.E.* K probleme izucheniya emocional'nogo fona v strukture vremennoi perspektivy detei i podrostkov s DCP. Tomsk, 2004. Elektronnyaya versiya: URL: http://psy.tsu.ru/data/pdf/2_12.pdf
7. *Kadykov A.S., Chernikova L.A., Shahparonova N.V.* Reabilitatsiya nevrologicheskikh bol'nyh. M., 2008.
8. *Karelov V.G.* Sanatorno-kurortnoe lechenie bol'nyh travmaticheskoi bolezniyu spinnoy mozga. Tel'-Aviv, 1996. Elektronnyaya versiya: URL:<http://www.sci-rus.com/epidemiology/karepov.htm>
9. *Karpova N.L.* Organizatsiya motivatsionnoi vkluchennosti zaikayushih i ih blizkih v process socioreabilitatsii //Voprosy psikhologii. 1994. № 6.
10. *Levchenko I.Yu.* Sistema psikhologicheskogo izucheniya lic s detskim cerebral'nym paralichom na raznykh etapah social'noi adaptatsii: Avtoref. dis. kand. psikh. nauk. M., 2001.
11. *Leont'ev D.A.* Psikhologiya smysla: priroda, stroenie i dinamika smyslovoi real'nosti: 3-e izd., dop. M., 2007.
12. *Leont'ev D.A.* Rasskazova E.I. Test Zhiznesteikosti. M., 2006.
13. *Nikolaeva V.V.* Vliyanie hronicheskoi bolezni na psihiku. M., 1987.
14. *Porohina Zh.V.* Psikhologicheskii reabilitatsionnyi potencial invalida (na primere bol'nyh s ishemicheskoi bolezniyu serdca): Avtoref. dis. kand. psikh. nauk. M., 2004.
15. *Pyatakova G.V.* Nekotorye psikhologicheskie aspekty vnutrennei kartiny bolezni detei, stradayushih detskim cerebral'nym paralichom // Detskii cerebral'nyi paralich: Hrestomatiya: Ucheb. posobie dlya stud. vyssh. i sredn. ped., psikh. i med. ucheb. zavedenii/ Sost. L.M. Shipicyna i M.M. Mamaichuk. SPb., 2003.
16. Razrabotka rekomendatsii po psikhologicheskoi reabilitatsii u pacientov s TBSM: Otchet o NIR (itogovyi) / Moskovskii gorodskoi psikhologo-pedagogicheskii universitet; ruk. A.M. Sherbakova. M., 2010.
17. *Rasskazova E.I., Leont'ev D.A.* Zhiznesteikost' kak sostavlyayushaya lichnostnogo potenciala//Lichnostnyi potencial: struktura i diagnostika /Pod red. D.A. Leont'eva. M., 2011.
18. *Rogacheva T.V.* Problemy ocenki psikhologicheskogo reabilitatsionnogo potenciala detei-invalidov // Social'naya rabota i sestrinskoe delo v sisteme zdavoohraneniya i social'noi zashity naseleniya: problemy professional'noi deyatel'nosti i perspektivy podgotovki kadrov: Materialy Mezhhregional'noi nauchno-prakticheskoi konferentsii 22-23 aprelya 2008 g. /Ural'skaya gosudarstvennaya medicinskaya akademiya / Pod red. K.V.Kuz'mina. Ekaterinburg, 2008.

19. *Selin A.V., Vasilenko T.D.* Osobennosti vremennoi perspektivy bol'nyh hronicheskim somaticheskim zabolevaniem // *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2008. № 6.
20. *Semenova K.A.* Vosstanovitel'noe lechenie detei s perinatal'nym porazheniem nervnoi sistemy i s detskim cerebral'nym paralichom. M., 2007.
21. *Syrcova A., Mitina O.V.* Vozrastnaya dinamika vremennyh orientacii lichnosti// *Voprosy psihologii*. 2008. № 2.
22. *Brooks M.* Health-related hardiness in individuals with chronic illnesses // *Clinical Nursing Research*. 2008. Vol.17. Issue 2.