

ПСИХОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ

УДК 159.9.072

Е. В. Романова¹, О. Н. Толкачева²

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ, ОСОБЕННОСТЕЙ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ И СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ЛИЦ С ВРОЖДЕННЫМИ И ПРИОБРЕТЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9

² Саратовский государственный университет им. Н. Г. Чернышевского, Российская Федерация, 410012, Саратов, ул. Астраханская, 83

В статье представлены результаты сравнительного исследования особенностей копинг-стратегий, смысложизненных ориентаций и межличностных отношений инвалидов с приобретенными и врожденными заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Были выявлены различия в межличностном поведении в области контроля и в факторах, влияющих на динамику смысложизненных ориентаций у лиц с приобретенной инвалидностью и инвалидов с детства. Библиогр. 12 назв. Ил. 5. Табл. 2.

Ключевые слова: инвалидность, заболевания опорно-двигательного аппарата, копинг-стратегии, совладающее поведение, межличностное поведение, смысложизненные ориентации.

COMPARATIVE RESEARCH OF COPING STRATEGIES, CHARACTERISTICS OF INTERPERSONAL RELATIONS AND LIFE PURPOSES IN PATIENTS WITH CONGENITAL AND ACQUIRED DISEASES OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM

E. Romanova, O. Tolkacheva

¹ St. Petersburg State University, 7/9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation

² Saratov State University, Astrakhanskaya ul., 83, Saratov, 410012, Russian Federation

The article presents the results of comparative research of particular features of coping strategies, life orientations and interpersonal relationships in disabled people with acquired and congenital diseases of the musculoskeletal system. Differences of interpersonal behaviour in the area of control and factors influencing the dynamic of the life purpose were identified. Refs 12. Figs 5. Tables 2.

Keywords: disability, diseases of the musculoskeletal system, coping-strategies, coping behaviour, interpersonal relations, life purpose.

Классификация инвалидности по результатам медико-социальной экспертизы на I, II и III группы не отражает в полной мере специфические особенности каждой из групп сообщества инвалидов. Выделяют следующие критерии для классификации подгрупп инвалидности: возраст приобретения инвалидности (наследственная, детская, приобретенная во взрослом или пожилом возрасте

те); функциональные нарушения (психические, сенсорные, статодинамические и т.д.); трудоспособность (нетрудоспособные, временно нетрудоспособные или способные к труду в особых условиях); степень мобильности и способности к самообслуживанию и т.д. [1, с.17–19]. Каждая из этих подгрупп обладает своей медицинской и социально-психологической спецификой, а совокупность и сочетание различных критериев составляют индивидуальный опыт инвалидности. Недостаток понимания общего и специфического в опыте инвалидности каждой из подгрупп является одной из самых распространенных причин низкой результативности реабилитационных программ [2].

В 2014 г. нами было проведено исследование, целью которого было сравнение особенностей совладающего поведения, смысложизненных ориентаций и межличностного поведения инвалидов с врожденными и приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата. В силу тяжести и комплексности медицинских и социально-психологических последствий, связанных с нарушениями в работе статодинамической функции, данные подгруппы инвалидности находятся в фокусе особого внимания исследователей. Так, И. Д. Булюбаш и Е. Д. Павленко изучили проблемы мотивации и эмоционального состояния пациентов с последствиями травмы спинного мозга (ТСМ) [3]. Г. К. Кислица сравнивает особенности психологического пространства у инвалидов с детским церебральным параличом (ДЦП) и ТСМ [4]. А. М. Щербакова и О. Н. Гудилина провели сравнительное исследование характеристик отношения к ограничениям своего здоровья у людей с врожденными и приобретенными нарушениями статодинамической функции [5].

Отечественные исследователи рассматривают совладающее поведение как процесс, сложнотерминированный совокупностью диспозиционных (личностных), динамических (ситуативных), регулятивных, социокультурных, социально-психологических и других факторов [6, с. 10]. В опыте людей с врожденными и приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата присутствует много общих черт, обусловленных ситуацией инвалидности: ограниченные способности к передвижению и самообслуживанию; высокая потребность в посторонней помощи для достижения различных жизненных целей; характер межличностного взаимодействия, компонентом которого является зависимость; недоступность окружающей среды; социальные стереотипы; сложности трудоустройства и т.д. В то же время имеются и существенные различия, связанные с возрастом инвалидизации и медицинскими характеристиками заболевания.

Детская инвалидность оказывает влияние на формирование всей личности и ее жизненного стиля, тогда как для людей, заболевших в более позднем возрасте, напротив, часто оказывается проблематичным «вписать» инвалидность в уже сложившуюся картину мира и представления о себе. Также некоторые группы инвалидов с детства, например вследствие ДЦП, имеют дефекты речи, что в совокупности с ограниченностью социальных контактов влияет на самооценку и создает трудности в межличностном взаимодействии [7, 8]. Таким образом, понимание общих и специфических черт в опыте людей с разными формами инвалидности не только поможет создавать более эффективные программы психологической поддержки и реабилитации, но и позволит прояснить роль ситуационных и диспозиционных факторов в процессе совладания с жизненными трудностями, связанными с инвалидностью.

Задачи исследования: (1) выявить чаще всего используемые копинг-стратегии; (2) изучить особенности межличностного поведения и смысложизненных ориентаций; (3) определить характер взаимосвязей между характеристиками смысложизненных ориентаций, межличностного поведения и копинг-стратегиями; (4) выявить особенности смысложизненных ориентаций, совладающего и межличностного поведения у инвалидов с врожденными и приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Организация и методики исследования

Исследование осуществлялось на базе Государственного автономного образовательного учреждения Саратовской области «Центр по обучению и реабилитации инвалидов». В исследовании приняли участие 60 человек в возрасте от 17 до 57 лет: 30 с врожденными (80% — ДЦП, 10% — ахондроплазия, 7% — миопатия Эрба—Рота и 3% — спинальная амиотрофия Вердника—Гофмана) и 30 с приобретенными (84% — ТСМ, 13% — ампутация и 3% — миопатия, дебютировавшая во взрослом возрасте) заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Среди лиц с врожденными заболеваниями 64% имеют I группу инвалидности, 23% — II группу и 13% — III группу. Среди лиц с приобретенной инвалидностью 94% имеют I группу инвалидности и по 3% II и III группы. Средний возраст людей с врожденными заболеваниями — 32 года, с приобретенными заболеваниями — 34 года. Средний срок инвалидизации в группе с приобретенными заболеваниями — 9 лет.

Диагностический комплект исследования включал в себя опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса и С. Фолкмана в адаптации Т. Л. Крюковой, Е. В. Куфтык и М. С. Замышляевой, «Опросник межличностных отношений» В. Шутца (ОМО) в адаптации А. А. Рукавишникова и «Тест смысложизненных ориентаций» в адаптации Д. А. Леонтьева. С помощью программы IBM SPSS Statistics были проанализированы средние значения полученных данных, значимость выявленных различий (*U*-критерий Манна—Уитни) и выраженность корреляционных связей между признаками (ранговый коэффициент корреляции *r*-Спирмена).

Результаты исследования

На рис. 1 представлен профиль средних значений результатов опросника «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса и С. Фолкмана контрольной группы условно здоровых людей (по данным, полученным Т. Л. Крюковой [9]) и групп людей с инвалидностью.

В группе лиц с приобретенной инвалидностью самой выраженной копинг-стратегией является «Самоконтроль» (15,10). Далее в порядке убывания выраженности следуют: «Положительная переоценка» (13,83), «Планирование решения проблемы» (13,23), «Поиск социальной поддержки» (11,53), «Бегство-избегание» (10,30), «Конфронтация» (9,63), «Дистанцирование» (8,63) и «Принятие ответственности» (6,60).

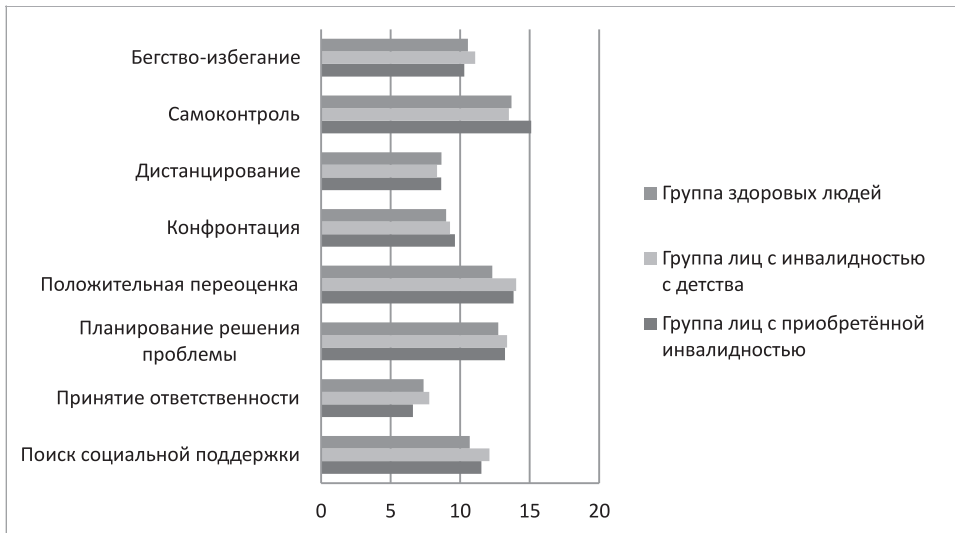


Рис. 1. Усредненный профиль копинг-стратегий инвалидов и здоровых людей (в баллах).

В группе инвалидов с детства самой выраженной является стратегия «Положительная переоценка» (14,03). Далее в порядке убывания выраженности следуют: «Самоконтроль» (13,50), «Планирование решения проблемы» (13,37), «Поиск социальной поддержки» (12,10), «Бегство-избегание» (11,07), «Конфронтация» (9,27), «Дистанцирование» (8,33) и «Принятие ответственности» (7,77). Статистически значимых различий в выраженности копинг-стратегий у инвалидов с врожденными и приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата не выявлено.

На рис. 2 представлен профиль средних значений показателей межличностного поведения по методике «ОМО». Наиболее выраженными в группе лиц с инвалидностью с детства являются показатели шкалы «Требуемое поведение в области аффекта» (Aw — 5,7), а наименьшую выраженность имеет показатель шкалы «Выраженное поведение в области контроля» (Ce — 3,1).

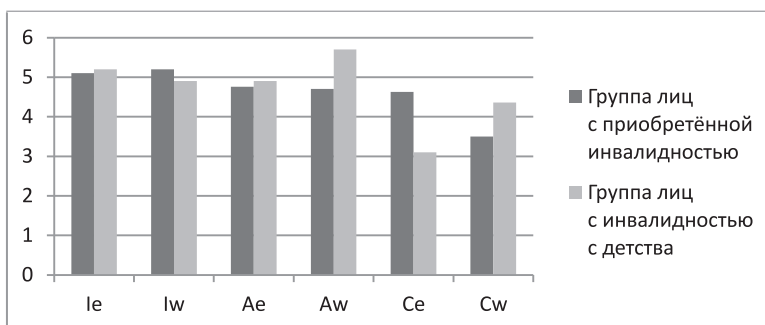


Рис. 2. Усредненный профиль особенностей межличностного поведения в двух группах — с приобретенной инвалидностью и инвалидностью с детства (в баллах).

В группе инвалидов с приобретенными заболеваниями наиболее высокие показатели по шкале «Требуемое поведение в области включенности» ($I_w = 5,2$), а наименьшие показатели по шкале «Требуемое поведение в области контроля» ($C_w = 3,5$). Статистически значимых различий особенностей межличностного поведения в группе инвалидов с приобретенными и врожденными заболеваниями опорно-двигательного аппарата не выявлено.

Табл. 1 содержит показатели индексов объема интеракций и противоречивости поведения в трех областях — включенности, контроля и аффекта. Индекс объема интеракций характеризует интенсивность поведения, направленного на удовлетворение соответствующей межличностной потребности. Индекс противоречивости межличностного поведения указывает на разницу между выраженным (e) и требуемым (w) поведением: чем больше его величина, тем выше вероятность внутренних конфликтов и фрустрации в данной области.

Таблица 1. Средние значения индексов объема интеракций и противоречивости межличностного поведения в двух группах лиц — с приобретенной инвалидностью и с инвалидностью с детства (в баллах)

Параметры	Группа лиц с приобретенной инвалидностью		Группа лиц с инвалидностью с детства		U
	M	σ	M	σ	
Iх: Объем интеракций в области включенности	10,3	4,71	10,1	4,20	,761
Iу: Противоречивость поведения в области включенности	-0,10	2,24	0,13	2,50	,726
Aх: Объем интеракций в области аффекта	9,46	3,90	10,66	3,38	,215
Aу: Противоречивость поведения в области аффекта	0,06	1,94	-0,86	2,40	,113
Cх: Объем интеракций в области контроля	8,13	3,35	7,46	3,17	,475
Cу: Противоречивость поведения в области контроля	1,13	4,06	-1,26	3,42	,029*

Примечание: * — $p < 0,05$.

Объем интеракций в области включенности у инвалидов с приобретенными и врожденными заболеваниями практически не отличается. Объем интеракций поведения в области аффекта несколько больше у инвалидов с детства, а объем интеракций в области контроля больше у лиц с приобретенной инвалидностью. В обеих группах наблюдается противоречивость поведения в области контроля, но характер этих противоречий имеет существенные различия. Так, инвалиды с детства ожидают со стороны окружающих людей большей инициативы и контроля, чем готовы проявлять сами, тогда как лица с приобретенной инвалидностью в большей степени выражают потребность в инициативе и контроле над ситуацией, не ожидая контроля со стороны других людей.

В табл. 2 представлены средние значения показателей шкал методики «СЖО» Д. А. Леонтьева контрольной группы здоровых людей [10] и групп инвалидов.

Таблица 2. Средние значения показателей смысложизненных ориентаций у инвалидов и здоровых людей (в баллах)

Параметры	Группа здоровых людей (по данным Д. А. Леонтьева)		Группа лиц с инвалидностью с детства		Группа лиц с приобретенной инвалидностью		U
	М	σ	М	σ	М	σ	
Цели	38,91	3,2	32,93	8,52	32,13	6,45	0,266
Процесс	35,95	4,06	28,76	7,71	26,86	6,38	0,366
Результат	29,83	3	28,96	7,64	26,46	6,72	0,079
Локус контроля-Я	24,65	2,39	33,66	6,14	30,93	5,63	0,047*
Локус контроля-Жизнь	34,59	4,44	29,9	6,55	24,06	6,03	0,000**
Общая осмысленность жизни	120,36	10,21	102,73	22,36	95,86	17,58	0,110

Примечание: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$.

Выявлены различия между выраженностью показателей по шкалам «Локус контроля-Я» ($p < 0,05$) и «Локус контроля-Жизнь» ($p < 0,01$) между группой инвалидов с приобретенными заболеваниями и группой инвалидов с детства, для которых показатели этих шкал значимо выше.

На рис. 3 изображены корреляционные связи между такой характеристикой, как «период инвалидности», и данными диагностических методик группы людей с приобретенной инвалидностью.

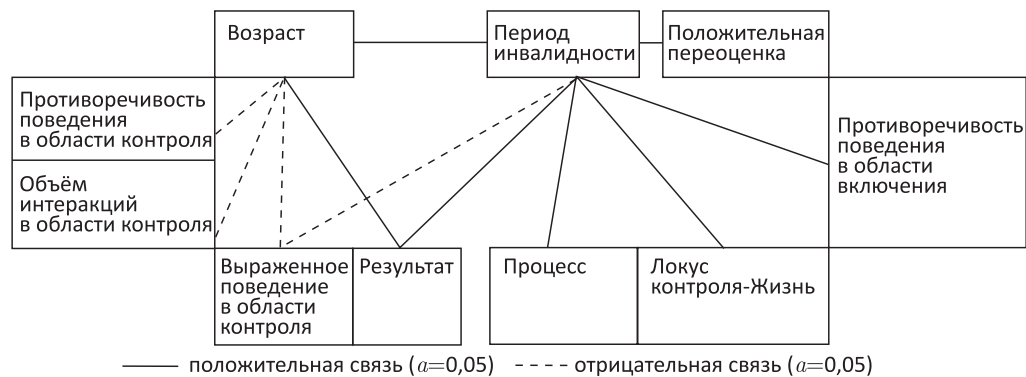


Рис. 3. Корреляционная плеяда: связь возраста и периода инвалидности с особенностями межличностного поведения, смысложизненными ориентациями и копинг-стратегиями в группе лиц с приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Существует положительная связь между периодом инвалидизации и такими показателями, как: копинг «Положительная переоценка» ($,373$; $\alpha = 0,05$); шкалы опросника «СЖО» — «Результат» ($,378$; $\alpha = 0,05$), «Процесс» ($,424$; $\alpha = 0,05$), «Локус контроля-Жизнь» ($,371$; $\alpha = 0,05$); противоречивость поведения в области включенности ($,363$; $\alpha = 0,05$). Выявлена отрицательная корреляционная связь между перио-

дом инвалидности и выраженным поведением в области контроля (-,361; $\alpha = 0,05$). Возраст лиц с приобретенной инвалидностью также отрицательно коррелирует с характеристиками межличностного поведения в области контроля: объем интеракций (-,377; $\alpha = 0,05$) и противоречивость поведения (-,440; $\alpha = 0,05$).

На рис. 4 изображены корреляционные связи между показателями по шкалам методик «ОМО», «Тест смысложизненных ориентаций» и «Способы совладающего поведения» в группе людей с приобретенной инвалидностью.

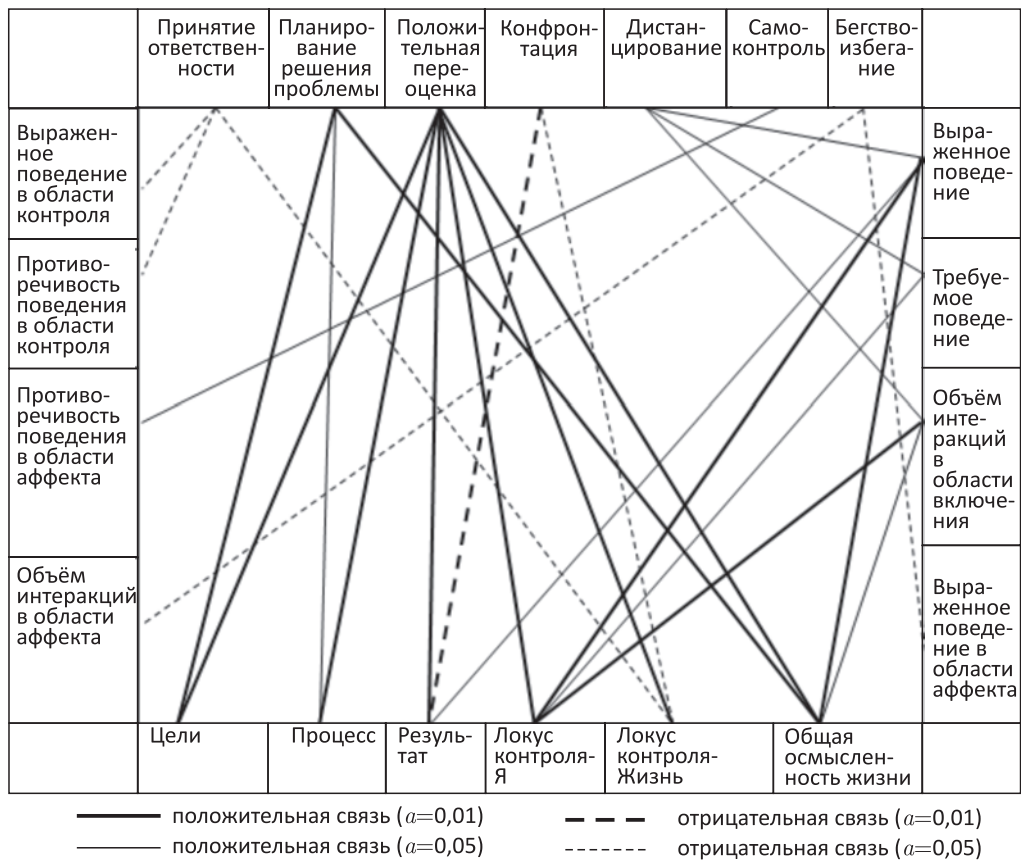


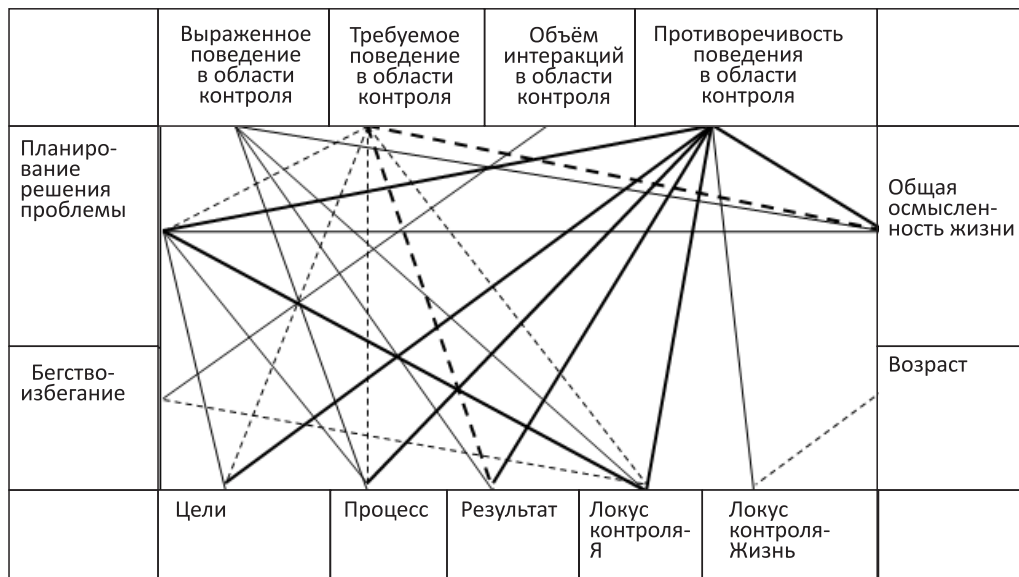
Рис. 4. Корреляционная плеяда: связь копинг-стратегий, особенностей межличностного поведения и смысложизненных ориентаций в группе лиц с приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Копинг «Положительная переоценка» имеет выраженные положительные корреляционные связи со всеми шкалами смысложизненных ориентаций: «Цели» (,518; $\alpha = 0,01$), «Процесс» (,598; $\alpha = 0,01$), «Результат» (,588; $\alpha = 0,01$), «Локус контроля-Я» (,551; $\alpha = 0,01$), «Локус контроля-Жизнь» (,6; $\alpha = 0,01$), «Общая осмысленность жизни» (,637; $\alpha = 0,01$). Копинг «Планирование решения проблем» также имеет выраженную положительную корреляционную связь со шкалами «СЖО»: «Цели» (,529; $\alpha = 0,01$), «Процесс» (,415; $\alpha = 0,05$), «Общая осмысленность жизни» (,519; $\alpha = 0,01$).

Копинг «Конфронтация» имеет отрицательную корреляционную связь со шкалами «СЖО»: «Результат» (-,480; $\alpha = 0,01$) и «Локус контроля-Жизнь». (-,37; $\alpha = 0,05$). Копинг «Принятие ответственности» имеет отрицательную корреляционную связь со шкалой «Локус контроля-Жизнь» (-,362; $\alpha = 0,05$) и с такими характеристиками межличностного поведения, как выраженное поведение в области контроля (-,423; $\alpha = 0,05$) и противоречивость поведения в области контроля (-,462; $\alpha = 0,05$).

Характеристики межличностного поведения в области аффекта имеют отрицательную корреляционную связь с копингом «Бегство-избегание» (объем интеракций (-,442; $\alpha = 0,05$), выраженное поведение (-,407; $\alpha = 0,05$)) и положительную с копингом «Самоконтроль» (противоречивость межличностного поведения (,443; $\alpha = 0,05$)). Межличностное поведение в области включенности имеет положительную корреляционную связь с копингом «Дистанцирование» (выраженное поведение (,383; $\alpha = 0,05$), требуемое поведение (,423; $\alpha = 0,05$), объем интеракций (,437; $\alpha = 0,05$)), а также со шкалами «СЖО» («Результат» (,405; $\alpha = 0,05$), «Локус контроля-Я» (,496; $\alpha = 0,01$; ,470; $\alpha=0,01$), «Общая осмысленность жизни» (,485; $\alpha = 0,01$; ,432; $\alpha = 0,05$), «Локус контроля-Я» (,378; $\alpha = 0,05$)).

На рис. 5 изображены результаты корреляционного анализа данных в группе лиц с инвалидностью с детства.



————— положительная связь ($\alpha=0,01$) - - - - - отрицательная связь ($\alpha=0,01$)
 ————— положительная связь ($\alpha=0,05$) - - - - - отрицательная связь ($\alpha=0,05$)

Рис. 5. Корреляционная плеяда: связь копинг-стратегий, особенностей межличностного поведения и смысловых ориентаций в группе лиц с врожденными заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Копинг «Планирование решения проблем» имеет положительную корреляционную связь со шкалами «СЖО» («Цели» (,392; $\alpha = 0,05$), «Процесс» (,447; $\alpha = 0,05$),

«Локус контроля-Я» ($r = 0,505$; $\alpha = 0,01$), «Общая осмысленность жизни» ($r = 0,452$; $\alpha = 0,05$) противоречивостью поведения в области контроля ($r = 0,486$; $\alpha = 0,01$) и отрицательную с требуемым поведением ($r = -0,395$; $\alpha = 0,05$) в области контроля.

Копинг «Бегство-избегание» имеет отрицательную корреляционную связь с «Локусом контроля-Я» ($r = -0,389$; $\alpha = 0,05$) и положительную с объемом интеракций в области контроля ($r = 0,388$; $\alpha = 0,05$). Есть положительная корреляционная связь между смысложизненными ориентациями и выраженным поведением («Процесс» ($r = 0,395$; $\alpha = 0,05$), «Результат» ($r = 0,389$; $\alpha = 0,05$), «Локус контроля-Я» ($r = 0,369$; $\alpha = 0,05$), «Общая осмысленность жизни» ($r = 0,409$; $\alpha = 0,05$)) и противоречивость поведения в области контроля («Цели» ($r = 0,476$; $\alpha = 0,01$), «Процесс» ($r = 0,587$; $\alpha = 0,01$), «Результат» ($r = 0,578$; $\alpha = 0,01$), «Локус контроля-Я» ($r = 0,518$; $\alpha = 0,01$), «Локус контроля-Жизнь» ($r = 0,450$; $\alpha = 0,05$), «Общая осмысленность жизни» ($r = 0,626$; $\alpha = 0,01$)). Тогда как требуемое поведение в области контроля имеет отрицательные корреляционные связи со шкалами «СЖО»: «Цели» ($r = -0,435$; $\alpha = 0,05$), «Процесс» ($r = -0,446$; $\alpha = 0,05$), «Результат» ($r = -0,475$; $\alpha = 0,01$), «Локус контроля-Я» ($r = -0,424$; $\alpha = 0,05$), «Общая осмысленность жизни» ($r = -0,524$; $\alpha = 0,01$).

Обсуждение результатов

Обнаружено сходство в выборе стратегий совладающего поведения среди инвалидов с приобретенными и врожденными заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Можно отметить, что лица с приобретенной инвалидностью, как и здоровые люди, несколько чаще используют копинг-стратегию «Самоконтроль», в отличие от инвалидов с детства, которые чаще справляются с трудными жизненными ситуациями с помощью «Положительной переоценки», хотя именно переосмысление и переоценка ситуации способствуют большей удовлетворенности жизнью инвалидов с приобретенными заболеваниями. В свою очередь, принятие ответственности за случившееся и конфронтационный копинг понижают способность воспринимать жизнь как процесс контролируемый и продуктивный.

По всей видимости, лица с приобретенными заболеваниями, имея установки на активное разрешение проблемы и контроль над ситуацией, сформированные до болезни и характерные для здоровых людей, сталкиваются с тем, что в ситуации инвалидности, слабо поддающейся объективному контролю и изменению, данные стратегии не столь эффективны. Приобретенная инвалидность в результате тяжелого соматического заболевания, будучи травматическим событием, разрушает привычную картину мира и сложившуюся структуру личностных смыслов, и требуется не только время, но и значительные усилия для того, чтобы восстановить целостность, непротиворечивость и осмысленность жизненного повествования [11]. Этому процессу у инвалидов с приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата способствует активное участие в совместной деятельности с другими людьми. И. Д. Булюбаш и Е. Д. Павленко также выявили, что выраженное поведение в области включенности позитивно отражается на всех смысложизненных ориентациях в группе инвалидов с травмой позвоночника [3]. Как отмечает Д. А. Леонтьев, смысл возникает и изменяется в деятельности, в тех реальных отношениях и связях, которые выстраивает субъект с объективной действительностью и проявляет себя через них [12].

У инвалидов на фоне более низких, по сравнению со здоровыми людьми, показателей по шкалам методики «Смысложизненные ориентации» показатели контроля над своей жизнью более высокие. При этом способность воспринимать жизнь как процесс управляемый существенно выше в группе инвалидов с детства, чем в группе лиц с приобретенной инвалидностью. С возрастом эта тенденция для инвалидов с детства ослабевает, а для людей с приобретенными заболеваниями, напротив, усиливается.

Дети с инвалидностью часто растут в атмосфере тревожной гиперопеки не со стороны только родителей, но и социальных служб. Их личность, их самооценка, их жизненные притязания, их структура смыслов формируются в тесной взаимосвязи с их заболеванием, что часто проявляется в пассивной, рентной установке к жизни и окружающим. Вместе с тем чем чаще инвалиды с детства ожидают протекции со стороны, тем менее они удовлетворены ходом своей жизни, и с возрастом эти тенденции могут усиливаться. Стремление к эмансипации отражается в возрастающих показателях по методике «Смысложизненные ориентации», при этом усугубляет межличностный конфликт между желанием протекции и стремлением к независимости.

Общим в межличностном поведении людей с инвалидностью вследствие заболеваний опорно-двигательного аппарата является ожидание инициативы со стороны других людей. Это может быть объяснено страхом быть непринятым, возникающим в связи с явлениями стигматизации, существующими в обществе, и склонностью к самостигматизации среди инвалидов. Ожидая первого встречного шага во взаимодействии от других людей, инвалиды с детства выражают потребность в эмоциональном принятии, а лица с приобретенными заболеваниями — в деятельностном участии. В совокупности с выраженным стремлением инвалидов с детства к протекции и потребностью людей с приобретенными заболеваниями в независимости и контроле полученные данные подтверждают часто упоминаемую исследователями ориентацию на пассивное принятие опеки у инвалидов с детства и активное самоутверждение у людей с приобретенной инвалидностью [1, 4].

Выводы

У инвалидов с приобретенными и врожденными заболеваниями опорно-двигательного аппарата нет существенно выраженных различий в выборе копинг-стратегий. Однако, инвалиды с детства чаще справляются с трудными ситуациями посредством их положительной переоценки, тогда как лица с приобретенной инвалидностью чаще используют самоконтроль.

В межличностных отношениях инвалиды обеих групп ожидают инициативу со стороны других людей. Инвалиды с детства, прежде всего, нуждаются в эмоциональном принятии их со стороны других, а люди с приобретенными заболеваниями ждут приглашения к совместной деятельности. Выявлены значимые различия в области контроля в межличностных отношениях: инвалиды с детства в отношениях избегают принимать на себя контроль, а лица с приобретенной инвалидностью, напротив, стремятся контролировать.

Восприятие себя как личности, способной к контролю, и восприятие жизни как управляемого процесса в значительно большей степени выражено у инвалидов

с детства, хотя с возрастом убеждение о контролируемости жизни у них ослабевает. Установлено, что с возрастом и увеличением периода инвалидизации у лиц с приобретенными заболеваниями усиливается восприятие жизни как управляемой, процессуально удовлетворительной и результативной. Укреплению и росту смысло-жизненных ориентаций у лиц с приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата способствуют положительная переоценка произошедшего и совместная деятельность с другими людьми. У инвалидов с детства рост смысло-жизненных ориентаций происходит вместе со стремлением к контролю и эмансипации в межличностных отношениях, хотя этот процесс и сопровождается ростом амбивалентности между потребностью в контроле и потребностью в протекции.

Таким образом, основные различия показателей у инвалидов с детства и инвалидов с приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата проявляются в сфере контроля. Лица с приобретенными заболеваниями активно стремятся к контролю в межличностных отношениях и к контролю собственных эмоций. В ситуации приобретенной инвалидности, сопровождающейся высоким стрессом и трудно поддающейся контролю, более эффективными оказываются стратегии, направленные на переосмысление ситуации и разделение ответственности с другими людьми. Инвалиды с детства, напротив, склонны избегать контроля, искать протекции и справляться с трудными ситуациями не через их активное разрешение, а посредством эмоциональной и когнитивной переоценки. С возрастом такой совладающий стиль у инвалидов с детства негативно отражается на восприятии результативности их жизни.

Литература

1. Введение в психологию инвалидности: учебник / под ред. О. В. Красновой. М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2011. 336 с.
2. Булюбаи И. Д. Реабилитационный персонал и пациенты с последствиями спинномозговой травмы: оценка состояния, проблемы отношений, стратегии и навыки психологической поддержки (обзор литературы) // Трудный пациент. 2013. Т. 11, № 6. С. 33–37.
3. Булюбаи И. Д., Павленко Е. Д. Эмоциональное состояние, потребности и мотивация пациентов со спинномозговой травмой: фокусы и форматы работы психотерапевта // Вопросы травматологии и ортопедии. 2014. № 1(8). С. 38–46.
4. Кислица Г. К. Особенности психологического пространства у людей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата // Электронный журнал «Психологическая наука и образование». 2012. № 4. URL: <http://psyedu.ru/journal/2012/4/3145.phtml> (дата обращения: 08.02.2014).
5. Щербакова А. М., Гудилина О. Н. Сравнительная характеристика отношения к ограниченным возможностям своего здоровья лиц с врожденными и приобретенными нарушениями статодинамической функции // Психологическая наука и образование. 2010. № 5. С. 77–86.
6. Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / под ред. А. Л. Журавлева, Т. Л. Крюковой, Е. А. Сергиенко. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. 474 с.
7. Нестерова Г. Ф., Лебедева С. С., Васильев С. В. Социальная работа с пожилыми и инвалидами. М.: Издательский центр «Академия», 2009. 288 с.
8. Шипицына Л. М., Мамайчук И. И. Детский церебральный паралич. СПб.: Изд-во «Дидактика Плюс», М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001. 272 с.
9. Крюкова Т. Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы. 2-е изд., испр., доп. Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова — Авантитул, 2010. 64 с.
10. Леонтьев Д. А. Тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл, 2000. 18 с.
11. Падун М. А., Котельникова А. В. Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. 206 с.
12. Леонтьев Д. А. Психология смысла. Природа, строение и динамика смысловой реальности. 2-е изд., испр. М.: Смысл, 2003. 488 с.

References

1. *Vvedenie v psikhologiiu invalidnosti: uchebnik* [Introduction to psychology of disability: textbook]. Ed. by O. V. Krasnova. Moscow: MPSI; Voronezh: MODAK, 2011. 336 p. (In Russian)
2. Boulyubash I. D. Reabilitatsionnyi personal i patsienty s posledstviiami spinnomozgovoi travmy: otsenka sostoiianiia, problemy otnoshenii, strategii i navyki psikhologicheskoi podderzhki (obzor literatury) [Rehabilitation staff and patients after of spinal cord injury: state assessment, relationship, strategies and skills of psychological support (review)]. *Trudnyi patsient* [Difficult patient], 2013, no. 6, vol. 11, pp. 33–37. (In Russian)
3. Boulyubash I. D., Pavlenko E. D. Emotsional'noe sostoianie, potrebnosti i motivatsiia patsientov so spinnomozgovoi travmoy: fokusy i formaty raboty psikhoterapevta [Emotional state, needs and motivation of the patients with spinal cord injury: focuses and formats of psychotherapist's work]. *Voprosy travmatologii i ortopedii* [Questions of Traumatology and Orthopaedy], 2014, no. 1, vol. 8 (may), pp. 38–46. (In Russian)
4. Kislitsa G. K. [Peculiarities of psychological space in people with musculoskeletal system disorders]. *Elektronnyi zhurnal "Psikhologicheskaiia nauka i obrazovanie"*, 2012, no. 4 [Psychological Science and Education *psyedu.ru*, 2012, no. 4]. Available at: <http://psyedu.ru/journal/2012/4/3145.phtml> (accessed: 08.02.2014). (In Russian)
5. *Shcherbakova A. M., Gudilina O. N.* Sravnitel'naia kharakteristika otnosheniia k ogranichenym vozmozhnostiam svoego zdorov'ia lits s vrozhdennymi i priobretennymi narusheniiami statodinamicheskoi funktsii [The comparative characteristics of attitudes towards the limited capabilities of own health in people with congenital and acquired disorders of static-dynamic function]. *Psikhologicheskaiia nauka i obrazovanie* [Psychological science and education], 2010, no. 5, pp. 77–86. (In Russian)
6. *Sovladaiushchee povedenie: Sovremennoe sostoianie i perspektivy* [Coping behaviour: contemporary state and perspectives]. Eds. A. L. Zhuravleva, T. L. Kryucova, E. A. Sergienko. Moscow, Institute of Psychology of RAS, 2008. 474 p. (In Russian)
7. Nesterova G. F., Lebedeva S. S., Vasilyev S. V. *Sotsial'naia rabota s pozhilymi i invalidami* [Social work with elderly and disabled people]. Moscow, Publishing centre "Academy", 2009. 288 p. (In Russian)
8. Shipicina L. M., Mamaichuk I. I. *Detskii tsebral'nyi paralich* [Infantile cerebral paralysis]. St. Petersburg, Didactics Plus, Moscow, Institute of Humanities research, 2001. 272 p. (In Russian)
9. Kryukova T. L. *Metody izucheniia sovladaiushchego povedeniia: tri koping-shkaly*. 2-e izd., ispr., dop. [Methods of studying of coping behaviour: three coping scales]. 2nd ed. Kostroma, KGU, Avantitul. 2010. 64 p. (In Russian)
10. Leontev D. A. *Test smyslozhiznennykh orientatsii (SZhO) [Purpose-in-Life Test (PIL)]*. 2nd ed. Moscow, Smysl Publ., 2000. 18 p. (In Russian)
11. Padun M. A., Kotelnicova A. V. *Psikhicheskaiia travma i kartina mira: Teoriia, empiriia, praktika* [Psychological trauma and assumptive world: theory, empiricism and practice]. Moscow, Institute of Psychology of RAS Publ., 2012. 206 p. (In Russian)
12. Leontev D. A. *Psikhologiiia smysla. Priroda, stroenie i dinamika smyslovoi real'nosti*. 2-e izd., ispr. [Psychology of meaning. Nature, structure and dynamics of meaning reality]. 2nd ed.]. Moscow, Smysl Publ., 2003. 488 p. (In Russian)

Статья поступила в редакцию 10 сентября 2015 г.

Контактная информация

Романова Елена Васильевна — кандидат психологических наук, доцент; anima@bk.ru

Толкачева Оксана Николаевна — аспирант; tolkoksana@ya.ru

Romanova Elena V. — Candidate of Psychology, Associate Professor; anima@bk.ru

Tolkacheva Oksana N. — post graduate student; tolkoksana@ya.ru