

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ДИЗОНТОГЕНЕЗА*

Аннотация. В статье рассмотрены особенности социально-психологической адаптации детей и подростков в условиях дизонтогенеза. Указываются некоторые факторы влияния социума и индивидуальные предпосылки к социально-психологической адаптации детей и подростков с дизонтогенезом.

Ключевые слова: дизонтогенез, социально-психологическая адаптация, стигма.

A. Filatov

THE BASIC PROBLEMS OF SOCIAL-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF THE CHILDREN AND TEENAGERS IN THE CONDITIONS OF THE DYSONTOGENESIS

Abstract. In article features of socially-psychological adaptation of children and teenagers in conditions dysontogenesis are considered. Some moments influence of society and individual preconditions to socially-psychological adaptation of children and teenagers with dysontogenesis are specified.

Key words: dysontogenesis, social-psychological adaptation, stigma.

Процесс социально-психологической адаптации личности в условиях **дизонтогенеза** и, в частности, при определённых нервно-психических расстройствах имеет свои значимые особенности. Как отмечал Л.С. Выготский, в целом развитие человека в условиях дизонтогенеза подчиняется тем же законам, что и развитие в норме, но представляет собой патологическую модификацию, то есть происходит на нарушенной, повреждённой основе [3].

Широкое распространение в научной литературе получило представление об адаптации как одном из критериев разграничения нормы и патологии. В рамках адаптационного подхода **адаптированность** (устойчивая адаптация) является показателем и синонимом нормы и здоровья. Между тем адаптивный потенциал (адаптивные ресурсы) не всегда характеризует реальную степень адаптированности. Так, ограниченные адаптационные ресурсы могут не препятствовать социально-психологической адаптации личности в случае нахождения

ею оптимальной социальной ниши. Однако в непривычных, незнакомых условиях адаптированность личности может резко снизиться из-за недостаточности адаптивного потенциала.

Своеобразие адаптации лиц с нарушениями психофизического развития во многом определяется конкретной социальной средой и связано с особенностями исторически сложившегося отношения общества к этой категории граждан. Например, Wolfenburger, проанализировав отношение общества к людям с особенностями развития, выделил 6 основных моделей этого отношения:

- “больной человек”: рассматривается исключительно аспект здоровья – человек с ограниченными психофизиологическими возможностями признаётся только как объект лечения;

- “недочеловек”: люди с отклонениями в развитии сравниваются по уровню развития с животными, ограничиваются формы взаимодействия их с окружающими;

- “угроза обществу”: люди с отклонениями в развитии рассматриваются как фактор, снижающий потенциал здоровья народа в целом;

- “объект жалости”: снисходительно-покровительственное отношение, стремление оградить людей с нарушениями в развитии от различных трудностей;

- “объект обременительной благотворительности”: оказываемая помощь людям с нарушением развития рассматривается как экономическое бремя для всего общества;

- “объект развития”: человек с особенностями развития имеет те же права и привилегии, что и все остальные члены общества [4, 84].

Анализ взаимоотношения общества и людей с нарушениями развития приведён Н.Н. Малофеевым. Он опубликовал исследование политики государства по отношению к лицам с отклонениями в развитии, законодательства в сфере образования и прав человека. Им были приведены периоды эволюции отношения общества и государства к лицам с нарушениями в развитии:

* © Филатов А.В.

- 1-й этап – от агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости заботы;

- 2-й этап – от сознания необходимости заботы о людях с нарушениями в развитии к осознанию возможности обучения хотя бы части из них;

- 3-й этап – от осознания целесообразности обучения трёх категорий детей – с нарушениями слуха, зрения, умственно отсталых;

- 4-й этап – от осознания необходимости обучения части аномальных детей к пониманию необходимости обучения всех аномальных детей;

- 5-й этап – от изоляции детей с нарушениями развития к интеграции их в общество.

Таким образом, эволюция отношений социума к лицам с отклонениями в развитии, как физическими, так и нервно-психическими, проходит несколько этапов: от агрессии и нетерпимости – к пониманию необходимости интеграции их в общество. На смену старой парадигме общественного и государственного сознания “полноценное большинство – неполноценное меньшинство” приходит новая – “единое сообщество людей с различными проблемами”. Становится недопустимым социальное маркирование не только национальных, религиозных и других меньшинств, но также физически и интеллектуально неполноценных. Это законодательно фиксируется на уровне международных документов: деклараций ООН “О правах умственно отсталых лиц” (1971 г.), “О правах инвалидов” (1975 г.), конвенции ООН “О правах ребенка” и других.

Онтогенез социального развития личности в условиях дизонтогенеза будет иметь свои особенности, поскольку социальная роль вытекает из надындивидуальных отношений и взаимосвязей между людьми. Таким образом, исполнение социальных ролей человеком с нарушениями в развитии должно соответствовать социальным нормам и ожиданиям и часто осуществляется вне зависимости от индивидуальных особенностей личности.

Освоение ребёнком первых социальных ролей протекает главным образом внутри семьи. Роль семьи в формировании и развитии адаптивных возможностей лиц с нарушениями психофизического развития определяется тем, что на ранних, наиболее важных для дальнейшего развития этапах жизни индивида она является единствен-

ной, а позднее – одним из наиболее важных влияний других социальных групп. Нарушения семейных представлений, структурно-ролевого аспекта жизнедеятельности семьи, а также механизмов интеграции семьи и системы взаимного влияния членов семьи способствуют развитию семьи в деструктивном направлении и могут быть причинами формирования и закрепления неадаптивных форм поведения у индивидов с особенностями развития.

Эйдемиллер Э.Г. и Юстицкис В.В. [5, 264] описали системы патологизирующих ролей в семье, имеющей у одного члена нарушение развития.

Взаимоотношения родителей (матери) со своими детьми, имеющими нарушения развития, многообразны. Их простая классификация, предложена О.В.Поляковой. Рассмотрим её.

1. Стиль воспитания – растить здорового ребёнка. Подразумевает компенсацию дефекта, минимализацию роли дефекта в настоящем и будущем ребёнка. Отношение к ребёнку, имеющему нарушения развития, как к другим (здоровым) детям. Стратегия данного воспитания – поощрение самостоятельности.

2. Стиль воспитания – растить особенного ребенка. Основывается на присвоении ребёнку особого статуса, который обязывает всех членов семьи постоянно жертвовать своими интересами. Родители стремятся ограничить ребенка в самостоятельном взаимодействии с жизненными ситуациями. Стратегия данного типа воспитания – гиперопека.

По мере того как ребёнок входит в новые сектора общества, существенное влияние на его адаптацию и социализацию начинает оказывать мезосоциум (конкретные социальные группы) и макросоциум (общество в целом). Их влияние связано с тем, что индивиду предписываются определённые функции, образы поведения, роли, вытекающие из его социального статуса.

При восприятии человека с особенностями развития особое внимание обращается на его непохожесть на других, которая обусловлена внешними признаками или особенностями поведения. Для большинства отличие от других означает отклонение от типичного, привычного, а значит, и предсказуемого. Любое отличие индивида от группы – физическое или поведенческое – у остальных вызывает чувство тревоги, поскольку нарушает представление о це-

лостности своей социальной группы.

Как пишет Goffman [6], важным психологическим механизмом нежелания включать больных людей в свой круг общения является вытеснение. “Нормальные”, идентифицируясь с “ущербными”, испытывают чувство жалости по отношению к самим себе, а поскольку это чувство для человека неприятно, то он вытесняет его по принципу “с глаз долой, из сердца вон”, исключая людей с недостатками из собственного социально-психологического пространства.

Н.В. Васильева, рассматривая механизмы усвоения и принятия человека с нарушениями развития социальных ролей, предполагает, что данный индивид рассматривается в обществе через статусные символы (инвалидная коляска, очки, слуховой аппарат) к статусной идентификации. При этом статусные символы играют не менее заметную роль по сравнению с личностными характеристиками рассматриваемого индивида.

Ожидается, что человек с нарушениями опорно-двигательного аппарата будет находиться в инвалидной коляске, мало двигаться, будет скован в движениях, во многом стеснителен и не станет дистанцироваться от таких же людей, как и он. Аналогично ожидается, что человек с нарушениями речи будет молчаливым, замкнутым, необщительным и также предпочтёт общение с такими же, как и он. Поэтому статус человека с нарушениями в развитии “обязывает” его вести такой образ жизни, который оправдывается ожиданиями и соответствует этим неозвученным социальным стандартам [2].

Стереотипы восприятия лиц с нарушениями развития могут вызывать искажения в оценках черт личности, результатов их деятельности и отдельных поступков. Поступки таких людей оцениваются не столько из их собственных способностей и возможностей, сколько из сравнения с ограничениями, налагаемыми на них дефектом.

Порой давление этих социальных стереотипов обладает такой силой, что большинство людей с особенностями развития строит своё поведение в соответствии с теми ожиданиями, которые предъявляет к ним общество, конструируя и принимая при этом “ущербную” идентичность. Однако при благоприятных условиях социального развития психофизический дефект не влечёт за собой значительные трудности социально-психологической адаптации; его носите-

ли принимают свою индивидуальность при полном осознании своего отличия от здоровых людей и достигают высокой степени интеграции в обществе. Вариативность исхода будет определяться личностными особенностями человека, формирование которых может быть понято через механизмы идентификации и принятия специфической социальной роли.

Теория стигматизации Goffman [6] также рассматривает взаимосвязь проблем адаптации в обществе лиц с нарушением развития с вопросами самоидентификации (то есть отождествлением себя с социальной ролью лица с нарушением поведения и здоровья). Goffman основывается на представлении о существовании социальной заданности индивидуального реагирования на самого себя: развитие любого индивида с психическим или физическим недостатком, как правило, происходит под воздействием того, что он является носителем **стигмы**. Под **стигмой** Goffman понимает не только “дискредитирующий индивида атрибут”, но и особые социальные стереотипы, развивающие у индивида негативную идентичность.

Негативные стереотипы восприятия обществом людей с нарушениями развития играют важную роль в процессе формирования у носителя “дефекта” самоотношения и самооценки. “Самое страшное, что может сделать с человеком предвзятое отношение – заставить его самого стремиться соответствовать сложившимся предвзятым мнениям”. Когда идентичность становится привычной, возникает тенденция к самоподкреплению. В любом акте взаимодействия индивид со стигматизированной идентичностью ищет знаки своего отличия от большинства. При этом благожелательное отношение окружающих им воспринимается как неприятие, замаскированное под вежливость, что ещё в большей степени способствует закреплению идентичности со знаками стигмы.

Однако не для всех людей навязываемая окружением стигма становится тотальной характеристикой личности. Иногда самодетерминация приобретает приоритетное значение. В таких случаях индивид старается изменить то, что является его основной проблемой. Ещё одним способом преодоления разрушающего действия стигмы может стать использование её для получения вторичной выгоды.

Такие стратегии являются результа-

том действия компенсаторных механизмов человеческой психики. Осознание собственной неполноценности в результате физического или психического дефекта способствует развитию специфического стиля жизни, который должен быть направлен на эффективное решение новых социальных, профессиональных и личностных проблем. Однако эффект стигмы будет присутствовать обязательно, поскольку она порождена не индивидуальными, а культуральными факторами.

Исходя из сказанного, можно сделать следующее заключение: идентичность человека с ограниченными способностями формируется под влиянием стигмы и может быть представлена двумя вариантами:

1) общество предписывает идентичность определённого рода, а именно – негативную идентичность, в результате которой индивид приобретает ущербную идентичность;

2) развитие личности сопровождается самоидентификацией, которая зависит от социальной ситуации развития; в результате индивид строит свой внутренний социум, в котором пытается избавиться от последствий нарушения или извлечь из него выгоду.

Механизмом социально-психологической адаптации личности, согласно взглядам Л.И.Божович, выступает социальная роль. Роль – социальная функция, модель поведения, объективно заданная социальной позицией личности в системе общественных и межличностных отношений. Принятие индивидом социальной роли является важным аспектом социально-психической адаптации [1, 291-292].

Одновременно с остальными ролями индивидом с нарушенным развитием осваивается ещё одна роль – “здоровый-больной”, – и зачастую это происходит даже раньше, чем освоение более важных социальных ролей – например, ученика [2, 21].

Роль больного закрепляется и зачастую занимает преобладающую позицию, накладывает свой отпечаток на все остальные роли, на индивидуальность и личность человека. Вжиться в эту роль помогают все институты – от семьи до государства. Процесс вживания начинается сразу после выявления отклонения в развитии. Ребёнок находится под наблюдением врачей, домашних и других окружающих его людей. Освободиться от роли больного или заменить её на другую весьма сложно. Безусловно, всё

это влияет и на самоактуализацию, и на социально-психологическую адаптацию подростков.

Таким образом, процесс социально-психологической адаптации лиц с нарушениями развития в целом, и с нервно-психическими нарушениями на почве резидуально-органических заболеваний ЦНС в частности, имеет свою специфику по сравнению с нормой. Это своеобразие связано со специфическими личностными чертами, сформировавшимися под влиянием имеющегося нарушения, а также со стигматизацией и негативными социальными ролями. Человек с нарушениями развития в процессе адаптации должен приспособиться не только к условиям физического существования и определённым стереотипам поведения, но и психологически адаптироваться к своему своеобразию, к наличию психофизического дефекта.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Божович Л.И. Личность и её формирование в детском возрасте: психологическое исследование. М., 1968.
2. Васильева Н.В. Жизненные планы молодых инвалидов: особенности формирования и реализации в современном российском обществе. Дисс. канд. социол. наук. М., 2000.
3. Выготский Л.С. Собр. соч. в 6 т. Т.4. М., 1982.
4. Специальная психология / Под ред. Н.М. Назаровой. М., 2001.
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. СПб., 2001.
6. Goffman E. Stigma. Notes on the Spoiled Identity. London, 1990.