

УДК 316.612

Шинина Т.В.

*Институт переподготовки и повышения квалификации
руководящих кадров и специалистов системы социальной
защиты населения г. Москвы*

ПРОБЛЕМЫ ЛИЧНОСТИ ИНВАЛИДОВ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

T. Shinina

*Institute of retraining and further qualification of executive staffs
and specialists of the social safety net in Moscow.*

PROBLEMATIC ASPECTS OF THE PERSONALITY OF THE DISABLED: SOCIO-PSYCHOLOGICAL ASPECTS

Аннотация. В статье ставится проблема создания новой психологической дисциплины – психологии инвалидности. Выделены и рассмотрены социально-психологические аспекты, способствующие возникновению инвалидности; обозначены возрастные задачи развития инвалидов в процессе жизненного пути. Представлена траектория личностного развития инвалидов. Рассмотрены особенности развития Я-концепции и идентичности инвалидов. Раскрываются аспекты переживания инвалидности и болезни в контексте формирования внутренней картины инвалидности.

Ключевые слова: личность инвалидов, Я-концепция, идентичность инвалидов, внутренняя картина инвалидности.

Abstract. The purpose of the paper is to discuss the need of creating the new psychological discipline – the psychology of disability. The article considers socio-psychological aspects, contributing to the origins of disability as well as emphasizes age-related tasks of the development of the disabled over the process of his/her life. Trajectory of personal development of the disabled is also presented in the article; peculiarities of the development of me-concept and identity of disabled are considered from different methods and technics; investigation into the aspects of dealing with disability and looking at the illness in terms of formation of self-perception of the disabled.

Key words: personality of the disabled, me-concept, identity of disabled, self-perception of the disabled.

В стародавние времена на одной скале в Тибете кто-то высек надпись: «Научились ли вы радоваться трудностям?». Посмотрим, как можно обратить себе на пользу этот мудрый принцип.

Современное звучание проблемы инвалидности отражает психологическую модель инвалидности: если инвалидность нельзя исправить (*удалить*, вылечить), человек должен принять её как реальность, если он хочет жить дальше и при этом развиваться как личность. На «принятие» инвалидности влияют социально-психологические аспекты: особенности личности, внутренние ресурсы, семейное окружение, ментальность человека.

Что же включает в себя понимание *психологии инвалидности*? Психология инвалидности изучает закономерности формирования и развития личности, опосредованные фактом наличия у неё инвалидности; анализирует различные подходы к пониманию природы и функций психики инвалидов – её изменение в процессе социализации, общения и деятельности. Она также рассматривает влияние разных культур, социальных условий и окружения на личность инвалидов, которое зависит от принадлежности инвалида к разным большим и малым социальным группам [1]. Содержание данной статьи будет изложено исходя из данной позиции.

Джудит С. Райкус и Рональд К. Хьюз [6] выделяют вредные факторы, которые повышают риск возникновения пороков развития.

♦ Генетическая наследственность. Гены представляют собой своего рода «матрицы» развития, которые передаются через половые клетки родителей и присутствуют в каждой клетке тела ребёнка. Основными причинами возникновения генетических пороков являются генетическая наследственность, хромосомные aberrации, спонтанные мутации (например, синдром Дауна).

♦ Травмы. Травматическое повреждение вследствие прямого удара или другого физического воздействия может вызвать серьёзные последствия, особенно если страдают головной мозг или центральная нервная система. Характер и степень серьёзности последствий зависит от того, какой участок мозга травмирован и насколько силён ущерб, причинённый травмой. Наиболее широко распространёнными причинами травм головы у детей являются автомобильные аварии и падения на твёрдые поверхности (например, на цементный пол). У детей младенческого и раннего возраста причиной повреждения головного мозга и центральной нервной системы часто становится насилие («синдром встряхивания ребёнка»), что может привести к возникновению умственной отсталости, церебрального паралича и эпилепсии.

♦ Токсичные вещества. Приём беременной женщиной токсичных веществ может оказать серьёзное негативное воздействие на нормальный рост и развитие плода. К таким веществам относятся, в частности, алкоголь, табак, некоторые лекарственные препараты, наркотики. Аналогичное воздействие оказывает различные излучения, например, рентгеновское. Данные воздействия могут привести к умственной отсталости, микроцефалии, к расстройствам поведения и двигательного контроля.

♦ Возраст и состояние здоровья матери. Риск возникновения пороков развития повышается, если на момент рождения ребёнка матери меньше 15 или больше 35 лет и если в период беременности она страдала различными заболеваниями. Хронические заболевания (диабет, гипертония, анемия, почечная недостаточность и врождённый порок серд-

ца) могут плохо повлиять на развитие плода, однако вероятность этого снижается, если женщина наблюдается у врача и получает необходимое лечение. Риск возникновения пороков развития также повышается, если мать страдает крайней степенью ожирения или плохо/неправильно питается до и/или во время беременности.

♦ Осложнения во время беременности и родов. В своё время одной из широко распространённых причин детской смертности являлась резус-несовместимость. Резус-несовместимость имеет место, когда мать с отрицательным резус-фактором вынашивает плод с положительным резус-фактором. В этом случае иммунная система матери вырабатывает антитела, которые атакуют и уничтожают красные кровяные тельца плода. Это может привести к повреждению его головного мозга. Осложнения во время схваток и родов (затяжные и осложнённые роды, досрочное отделение плаценты, сворачивание или провисание пуповины) могут привести к повреждению головного мозга и центральной нервной системы новорождённого ребёнка в результате гипоксии (кислородного голодания мозга). Родовые травмы считаются одной из основных причин церебрального паралича. Головной мозг может быть повреждён в результате непосредственного травматического воздействия из-за наложения щипцов в процессе родоразрешения.

♦ Преждевременные роды. Недоношенный ребёнок и мать не готовы к родам. Это повышает риск возникновения пороков развития. Прохождение недоношенного ребёнка по нераскрывшейся и нераспрямившейся шейке матки может повредить его центральную нервную систему. Лёгкие недоношенного ребёнка могут оказаться недостаточно развитыми для нормального дыхания. Избыток кислорода в технически несовершенных или плохо контролируемых инкубационных камерах может вызвать слепоту или повреждение головного мозга.

♦ Вирусные и бактериальные инфекции. Коровая краснуха – широко распространённая и сравнительно неопасная вирусная ин-

фекция. Её симптомы, похожие на симптомы гриппа, обычно исчезают через несколько дней. Но если коревой краснухой заражается беременная женщина, то это очень рискованно для плода, особенно на протяжении первого триместра беременности, когда формируется головной мозг и жизненно важные органы. Коревая краснуха может вызвать слепоту, глухоту, врождённый порок сердца и умственную отсталость. Среди детей, страдающих одновременно и слепотой, и глухотой, многие перенесли коревую краснуху на ранних этапах внутриутробного развития. Причиной пороков развития могут быть некоторые венерические заболевания. Сифилис, бактериальное заболевание на продвинутых стадиях разрушает ткани мозга и центральной нервной системы. Гонорея может привести к потере ребёнком зрения, если её возбудители присутствуют в родовых путях во время родов. Если беременная женщина заражена вирусом герпеса, то инфекция может причинить серьёзный вред его нервной системе и даже привести к летальному исходу.

♦ Качество питания. Многочисленные исследования показали наличие прямой связи между качеством питания и темпами роста и развития ребёнка. Дородовый период и первые два года жизни характеризуются быстрым ростом головного мозга и центральной нервной системы. Для того чтобы нервные клетки развивались нормально, необходимо обеспечить в это время хорошее питание. Именно плохое питание во многих случаях считается наиболее вероятной причиной лёгкой умственной отсталости.

Проблема развития – одна из самых сложных в психологии; в то же время в этой области очень много сделано, накоплено большое количество фактов, выдвинуты многочисленные, иногда противоречащие одна другой, теории.

Задача развития [9; 10] – это особый период, в течение которого индивид имеет возможность доказать окружающим его людям, что действительно может выполнять некоторые действия или обладает некоторой спо-

собностью. Если окружающие убедятся, что индивид обладает некоторой способностью, ему предоставляется право действовать самостоятельно так, как будто он действительно приобрёл эту способность.

В задаче развития ребёнок может быть успешен или нет, то есть потерпеть неудачу. Следовательно, существуют критерии успешности решения задач развития. Задача развития – механизм связи индивида и социального окружения, её решение обеспечивает личностное развитие, если окружающая ребёнка среда организована как сценарий развития, то есть последовательность развёртывания задачи во времени. Представление о задачах развития для каждого возраста основано на некоторых общих ожиданиях, существующих в культуре, относительно способностей (знаний, навыков), которыми должен обладать ребёнок определённого возраста.

Многие исследователи считают, что важно определить время наступления инвалидности, когда человек стал инвалидом, так как на разных стадиях жизни перед ним стоят различные задачи развития. Человек, в процессе своего жизненного пути становящийся инвалидом в раннем возрасте или в юности, так же, как и рождённый с инвалидностью, может испытывать чувства неполноценности, вины и стыда, коммуникативной изоляции [1; 5; 7].

Возникший дисбаланс в жизни инвалида неизбежно подводит его к новой специфической кризисной ситуации, требующей адаптации. Отечественные исследователи [3] считают возможным рассматривать инвалидность как ненормативный кризис развития личности, приводящий к формированию новой социальной ситуации развития в условиях болезни и инвалидности.

Ключевая точка кризиса развития личности ребёнка-инвалида заключается в его изолированности от общества, в котором ему предстоит жить и расти. С раннего детства дети с отклонениями в развитии сталкиваются с оценкой их внешности другими людьми. Часто здоровые дети с детской непосредственностью и жестокостью оцени-

вают внешние дефекты детей-инвалидов в их присутствии. В результате у детей-инвалидов формируются закрытость, избегание широкого круга общения, сниженный фон настроения, негативная оценка себя, собственных перспектив и других людей, часто замедленный темп мышления, скованность и пассивность, что в сочетании с заниженной самооценкой и отсутствием благоприятного прогноза на будущее достаточно часто приводит к появлению мыслей суицидального характера. Часто формируется комплекс неполноценности.

По мере взросления дети с ограниченными возможностями начинают осознавать, что уровень их жизненных возможностей, по сравнению с «обычными» детьми, снижен. Сниженная самооценка приводит к чрезмерному снижению уровня притязаний. Следствием этих процессов становится инфантильность и сужение активного жизненного пространства.

Рано или поздно такие дети начинают осознавать глобальность своей зависимости от здоровых членов общества. Пенсия, льготы и многое другое, – всё это они получают за счёт здоровых людей. Осознание такого рода зависимости и привыкание к зависимости способствует формированию иждивенчества. Типичными тенденциями становятся отказ от самостоятельности и перенос ответственности за свою судьбу на ближайшее окружение.

При рассмотрении Я-концепции как результата социального развития личности отмечена особая субъективная реальность, обозначаемая целым веером концептов – *самосознание*, «Я», *самость*, *self*, *представление о себе*, *Я-концепция* и т. д., – которая составляла и составляет один из центральных предметов анализа любой области исследования.

В процессе жизненного пути, формирования и развития Я-концепции человек может столкнуться с препятствиями – физической травматизацией. Физическая травма, связанная с последующим наступлением инвалидизации, практически всегда сопровождается первичной психической травмой и вторич-

ной травмой в виде пролонгированного психологического кризиса. Дисгармонизация Я-концепции является важнейшим содержательным компонентом психотравмы. Она представляет рассогласование её основных Я-образов и временную дезориентированность личности [2].

Кризис идентичности инвалида определяет общую тенденцию человека к сложностям в отношении определения своих ролевых позиций и в целом к процессу идентификации, что характеризуется негативным эмоциональным состоянием, ощущением упущенных возможностей.

На индивидуальном уровне анализа *идентичность* определяется как результат осознания человеком собственной временной протяжённости – представление о себе как некоторой относительно неизменной данности того или иного физического облика, темперамента, задатков, имеющего принадлежащее ему прошлое и устремлённое в будущее [8].

Изучение временной перспективы детей-инвалидов в содержании личностной идентичности показало, что модель будущего детей-инвалидов изменена, по сравнению с моделью будущего здоровых детей. Эмоциональная окраска будущего отрицательная. Дети не уверены в своих шансах. В структуре модели будущего появляются противоречивые моменты. С одной стороны, желаемое будущее компенсирует ограничение реальных возможностей, имеет положительную окраску и отражает защитный механизм от возможных неудач. С другой стороны, низкий уровень удовлетворённости собой порождает внутриличностный конфликт с последующим формированием различных невротических, серьёзно осложняющих межличностные взаимоотношения.

Личностная точка зрения – идентичность – определяется как ощущение человеком собственной неповторимости, уникальности своего жизненного опыта. На данном уровне у детей-инвалидов возникают конфликты «принятия себя» и осознания своей цельности и неповторимости.

Социальный уровень анализа – групповые стандарты, которые помогают процессу Я-категоризации: это те наши характеристики, благодаря которым мы делим мир на похожих и непохожих на себя.

У детей-инвалидов репертуар социальных ролей остаётся неосвоенным и свидетельствует о недостаточной осознанности социальных отношений, функциональной невключённости в общественные отношения и незавершённости социальной идентификации.

Персональная и социальная идентичность выступают как некоторое единство, как две неразрывные грани одного процесса – процесса психосоциального развития ребёнка.

Социальные переживания являются одним из ведущих механизмов социализации, играют значимую роль в развитии эмоциональной и познавательной сфер личности. Они также представляют собой один из главных факторов в процессе формирования ценностных ориентаций и установок, индивидуального стиля деятельности и общения человека, направляют процесс аккультурации. Переживания, связанные с восприятием и познанием культуры, художественных ценностей, способствуют становлению культурного самосознания, формированию культурной и национальной идентичности.

Проблема переживания была интерпретирована в трёхмерной концепции чувств В. Вундта, который изучал значение субъективных переживаний – чувств. Л.С. Выготский считал, что переживание является единицей социальной ситуации развития. Анализ различных сторон эмоционального развития детей показывает, что большинство учёных (А. Адлер, К. Бюлер, А.В. Запорожец) в качестве одного из основных элементов эмоционального развития выделяют переживание, в котором соединяются разные стороны психического развития детей.

Отражение болезни в переживаниях человека носит название внутренней картины болезни. По определению А.Р. Лурии [4, 78], внутренняя картина болезни – это «... всё то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений..., его общее самочув-

ствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о её причинах — весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм». Внутренняя картина болезни, таким образом, отличается от зримых её проявлений (внешней картины болезни).

Внешняя картина болезни – это все её объективные признаки, или симптомы заболевания. Врач может их выявить, когда осматривает больного или использует инструментальные методы исследования (данные анализов, результаты исследования специалистов). Важно помнить, что внешняя и внутренняя картины болезни в одном случае могут совпадать, в другом – нет. В первом случае и врач фиксирует наличие заболевания, и сам больной чувствует и понимает, что болен. Во втором – врач считает, что пациент болен, а человек отрицает наличие болезни. Или, напротив, врач не находит у человека, пришедшего к нему на приём, никаких признаков заболевания, а сам человек чувствует, что с ним что-то не в порядке, что он заболевает, и заболевает серьёзно. При этом болезнь, которую обнаруживает у себя человек, может быть как реальной (например, невротические расстройства), так и воображаемой (отражение в сознании несуществующих заболеваний).

Позднее было предложено понятие – *внутренняя картина инвалидности*. Е.В. Морозова определяет *внутреннюю картину инвалидности* (ВКИ) как «... комплекс представлений, чувств о себе как о социально недостаточном субъекте, сформировавшихся в условиях инвалидизирующего заболевания, на основании которых у человека происходит трансформация самосознания, планирование своего поведения и преобразование дальнейшей перспективы своего существования, в соответствии с возникшими изменениями» [5, 44].

Таким образом, осознание и принятие факта инвалидности определяет дальнейшую программу личностного развития чело-

века. Проблема личности инвалидов может быть подходящей «линзой», через которую могут быть исследованы влияние разных культур, социальных условий и окружения на личность инвалидов, которое зависит от принадлежности инвалида разным большим и малым социальным группам.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Введение в психологию инвалидности / Под. ред. О.В. Красновой // В печати.
2. Волобуева Ю.М. Социально-психологическая коррекция Я-концепции инвалидов боевых действий: Дисс. канд. психол. наук. – М., 2009. – 215 с.
3. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. – М., 1980. – 169 с.
4. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. – М., 1977. – 111 с.
5. Морозова Е.В. Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – М.: Медицина. – 2008. – № 1. – С. 42-46.
6. Социально-психологическая помощь семьям и детям групп риска: практическое пособие: в 4 т. Т. III. Развитие и благополучие детей / Дж. Райкус, Р. Хьюз. – М.: Эксмо, 2009. – 288 с.: ил.
7. Холостова Е.И. Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2007. – 296 с.
8. Erikson E.H. Childhood and society (2nd ed.) – New York, 1963. – P. 498.
9. Havighurst R. Developmental tasks and education. (3rd ed.). – New York: D. McKay Co. BF701.H37. – 1972.
10. Heymans P. Developmental tasks: A cultural Analysis of Human Development Developmental tasks: Towards a cultural Analysis of Human Development. – Dordrecht, Boston, London, 1994. – P. 356.