

О. В. КРАСНОВА  
И. Н. ГАЛАСЮК  
Т. В. ШИНИНА

# ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ

## ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

## И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ  
ВЗГЛЯД

Психологический взгляд

Ольга Краснова

**Психология личности  
пожилых людей и лиц с  
ограничениями здоровья**

«КАРО»

2010

УДК 159.9:37.0  
ББК 88.4

**Краснова О. В.**

Психология личности пожилых людей и лиц с  
ограничениями здоровья / О. В. Краснова — «КАРО»,  
2010 — (Психологический взгляд)

ISBN 978-5-9925-0636-5

В учебном пособии рассматриваются основы психологических знаний о личности пожилых людей и лиц с ограничениями здоровья, раскрываются проблемы старости и положение пожилых людей и инвалидов разного возраста в обществе, анализируются основные направления социальной деятельности с этими категориями населения. Особое внимание уделяется социально-психологическим проблемам пожилых людей и детей-инвалидов. В приложении предлагается практикум, предназначенный для углубления знаний в области психологии, теории и практики социально-психологической деятельности с указанными категориями лиц и правила корректного языка в общении с инвалидами. Учебное пособие предназначено для слушателей профессиональной переподготовки по специальности «Психологическая деятельность в учреждениях социальной сферы», а также для тех, кто интересуется проблемами инвалидов и лиц пожилого возраста.

УДК 159.9:37.0

ББК 88.4

ISBN 978-5-9925-0636-5

© Краснова О. В., 2010

© КАРО, 2010

## Содержание

Введение	6
Глава 1. Предмет и задачи психологии	11
1.1. Место психологии в системе научного знания	11
1.2. Методы психологии	14
1.3. Практические приложения психологии в области социальной работы с пожилыми людьми и лицами с ограничениями здоровья	17
Вопросы и задания для самопроверки	22
Литература для углубленного изучения темы	23
Глава 2. Социально-психологические проблемы детей с ограничениями здоровья	24
2.1. Социально-психологическая адаптация инвалидов	24
2.2. Социальная и личностная идентичность инвалидов	27
Структура идентичности	27
2.3. Особенности социализации инвалидов	29
2.4. Особенности общения с инвалидами	33
Основные теоретические аспекты общения с людьми с ограничениями здоровья	33
Коммуникативный и интерактивный аспекты общения инвалидов	35
2.5. Психологическое консультирование детей с ограничениями здоровья и их родителей	38
Вопросы и задания для самопроверки	43
Литература для углубленного изучения темы	44
Глава 3. Инновационные технологии социально-психологической работы с детьми с ограничениями здоровья	45
3.1. Методы и приемы реабилитации детей-инвалидов	45
Диагностические методы	45
Технология пиктограмм	45
Коммуникационные доски	46
Практические методы	46
Конец ознакомительного фрагмента.	50

**Ольга Краснова, Ирина  
Галасюк, Татьяна Шинина**  
**Психология личности пожилых людей  
и лиц с ограничениями здоровья**

*Учебное пособие для слушателей профессиональной переподготовки по специальности  
«Психологическая деятельность в учреждениях социальной сферы»*

**Рецензенты:**

*Т. Д. Марцинковская, д-р психол. наук, проф.*

*Л. Б. Шнейдер, д-р психол. наук, проф.*

**Авторы:**

*О. В. Краснова, д-р психол. наук, проф. ИПК ДСЗН (г. Москва);*

*И. Н. Галасюк, канд. психол. наук, доц. (г. Москва);*

*Т. В. Шинина, канд. психол. наук, доц. (г. Москва).*

© О. В. Краснова, И. Н. Галасюк, Т. В. Шинина, 2010

© КАРО, 2010

## Введение

Предлагаемое учебное пособие посвящено изучению психологии личности пожилых людей и инвалидов, или людей с ограничениями здоровья. В нем раскрываются проблемы старости и положение пожилых людей и инвалидов в обществе, анализируются основные направления социальной деятельности с этими категориями населения, особое внимание уделяется социально-психологическим проблемам инвалидов и пожилых людей.

Вторая половина XX века характеризовалась непрерывным увеличением числа пожилых людей в России, где уже с 60-х годов население по международным стандартам стало считаться «старым». Россия – одна из евроазиатских стран с большой долей пожилого населения.

В обществе не сразу появилось осознание проблемы старения населения и его последствий. К началу нового тысячелетия во многих странах произошли значительные изменения в социальной политике, которые наметились еще в 80-х годах прошлого века. Однако в России этот процесс совпал с резким изменением социальной, экономической и политической ситуации страны в начале 90-х годов. Именно в это время заговорили о конфликте поколений, что было вполне естественно, так как старые, социалистические ценности отменялись, появилась система социальной защиты населения (до этого социальное обеспечение ограничивалось только начислением пенсий по возрасту), ученые, долгое время игнорировавшие поздний период жизни человека, наконец обратили внимание на эту проблему. В эти годы обострились межпоколенные противоречия между ценностями старшего поколения, выросшего, получившего воспитание и социализировавшегося в стране социалистического порядка, и ценностями молодого поколения, формирующегося в условиях трансформации процессов прежней социальной структуры.

С конца XIX – начала XX века проблема позднего периода жизни, или старости, рассматривалась в России преимущественно специалистами в области медицины (гериатрами, гигиенистами, психиатрами и др.), которые, в силу специфики своей профессии, имели дело с больными, слабыми, немощными стариками, что оказало влияние на представления о старости как о периоде инволюции. Именно это определяло методологию изучения поздней жизни и представления о пожилых людях в терминах дефицитарности, низкого социального статуса и пр.

В 60-х годах XX века впервые внимание психологов привлекли особенности развития взрослых и пожилых – появляется теория геронтогенеза (*Б. Г. Ананьев, М. Д. Александрова*), в 90-е годы – теория жизненного пути (*К. А. Абульханова-Славская, Л. И. Анцыферова*), в начале XXI века разрабатывается концепция личности пожилого человека (*О. В. Краснова*). Другими словами, появляются первые научные представления о возможностях развития в поздний период жизни. Дальнейшие разработки в области исследования старости и старения, опубликованные за последние 10–15 лет, представлены в работах психологов *Е. Ю. Балашиовой, Н. К. Корсаковой, О. Н. Молчановой, О. Б. Обуховой* и др. В них рассматриваются самые разные аспекты позднего возраста. Однако, несмотря на появление этих работ, на очевидность старения населения, до сих пор тема старости не привлекает общественного внимания, очевидно, потому, что они не предлагают практических приложений.

В настоящее время в общем составе населения России пожилых людей, т. е. людей в возрасте 60 лет и старше, – 23,5 %, что составляет 35 млн человек. Доля людей пенсионного возраста с 2000 года превысила долю детей в возрасте до 15 лет. Это говорит об особой остроте демографической и экономической ситуации в стране. Для России характерен рост наиболее уязвимой категории – доли лиц в возрасте 80 лет и старше в популяции пожилого населения.

В 2001 году соотношение пенсионеров и работающих составляло всего лишь 1:1,84. К 2015 году на 1000 человек трудоспособного возраста будет приходиться 427 пенсионеров.<sup>1</sup> Эти тенденции накладываются на достаточно «старую» возрастную структуру населения в трудоспособном возрасте: к 2015 году около трети трудоспособного населения будут находиться в возрасте от 45 лет и старше. Показатели продолжительности жизни россиян находятся на очень низком уровне не только по сравнению с другими странами, но и по отношению к уже достигнутым в нашей стране в 1960-е годы.

Экономические и социальные последствия демографического старения обсуждаются в научной литературе. При этом на первый план обычно выступают явные или предполагаемые негативные последствия и порождаемые ими проблемы (состояние здоровья, материальное положение, занятость, диспропорция мужского и женского населения, одиночество пожилых женщин, положение пожилых людей в обществе). Особую обеспокоенность вызывает увеличение экономической нагрузки на трудоспособное население из-за быстрого роста числа и доли пенсионеров.

Переход к рыночным отношениям в 90-х годах привел к резкой дифференциации доходов населения. Экономическая сегрегация сказалась на величине заработной платы и пенсии. В настоящее время размеры минимальной и максимальной пенсии различаются в три раза.

Для возрастной структуры населения страны характерен процесс феминизации: в составе старшего населения преобладают женщины, живущие дольше, чем мужчины. В 1998 году женщины составили 65,9 % всех людей в возрасте от 60 лет.<sup>2</sup> Сохраняется проблема более низкой ожидаемой продолжительности жизни мужчин России по сравнению с женщинами.

Согласно статистике в среднем более 10 % жителей нашей планеты имеют врожденные или приобретенные ограничения жизнедеятельности, 1 из 10 человек страдает от физических, умственных или сенсорных дефектов и не менее 25 % всего населения страдают расстройствами здоровья. Примерно 1 семья из 4 имеет в своем составе инвалидов.<sup>3</sup>

В России государственная политика в отношении инвалидов имеет многолетнюю историю. Вместе с тем поворотным стал 1995 год, когда в России был принят Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». В законе определена принципиально новая цель государственной политики в отношении инвалидов, сформулировано новое понятие инвалида: «Инвалид – это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограниченной жизнедеятельности и вызывающими необходимость его социальной защиты».

Ограничение жизнедеятельности выражается в полной или частичной утрате лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Впервые целью государственной политики объявляется не помощь инвалиду, а «обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ». Тем самым новый закон декларировал подход к инвалиду, сформулированный мировым сообществом. На практике государству, которое в течение нескольких десятков лет руководствовалось иными принципами в отношении инвалидов, чрезвычайно трудно перейти от объявля-

---

<sup>1</sup> Социальное положение и уровень жизни населения России: Статистический сборник / Госкомстат России. – М., 2002. – С. 71, 175.

<sup>2</sup> Зравомыслова О., Качалова Ю. и др. Старшее поколение в современной России: Статистика, исследования, общественные организации. – М., 1999.

<sup>3</sup> Петросян В. А. Равные права, равные возможности для людей с ограничениями здоровья. – М., 2010. – 112 с.

ния новой политической парадигмы к ее реализации, хотя, безусловно, новое законодательство стимулирует определенные изменения в этом вопросе.

Все инвалиды по разным основаниям делятся на несколько групп:

• **по возрасту:**

- дети-инвалиды;
- инвалиды-взрослые;

• **по происхождению инвалидности:**

- наследственно обусловленные формы;
- формы, связанные с внутриутробным положением плода, повреждением плода во время родов и с повреждением ребенка в самые ранние сроки жизни;
- формы, приобретенные в процессе развития в результате заболеваний, травм, иных событий, повлекших за собой стойкое расстройство здоровья;

• **по общему состоянию** (инвалиды могут относиться к мобильным, маломобильным и неподвижным группам);

• **по степени трудоспособности** (инвалиды трудоспособные и нетрудоспособные, инвалиды 1-й (нетрудоспособные), 2-й (временно нетрудоспособные или трудоспособные в ограниченных сферах), 3-й (трудоспособные в щадящих условиях труда) группы).

Следует подчеркнуть, что инвалидность – не свойство человека, а препятствия, которые возникают у него в обществе. На причины этих препятствий существуют различные точки зрения, из которых две наиболее распространены.

1. *Медицинская модель* усматривает причины затруднений инвалидов в их уменьшенных возможностях. Согласно ей инвалиды не могут делать что-то, что характерно для обычного человека, и поэтому вынуждены преодолевать трудности с интеграцией в обществе. Медицинская модель рассматривает инвалидность как свойство, присущее человеку в результате болезни, травмы или иного воздействия на состояние здоровья, которое требует медицинской помощи в виде непосредственного лечения у специалистов, чтобы «исправить» проблему человека. Согласно этой модели нужно помогать инвалидам, создавая для них особые учреждения, где они могли бы на доступном им уровне работать, общаться и получать разнообразные услуги. Таким образом, медицинская модель выступает за изоляцию инвалидов от остального общества, способствует дотационному подходу к экономике инвалидов.

Медицинская модель долгое время преобладала в воззрениях общества и государства как в России, так и в других странах, поэтому инвалиды по большей части оказывались изолированными и дискриминированными.

2. *Социальная модель* предполагает, что трудности создаются обществом, не предусматривающим участия во всеобщей деятельности людей с различными ограничениями. Такая модель призывает к интеграции инвалидов в окружающее общество, к приспособлению их к условиям жизни среди здоровых людей. Она включает в себя создание так называемой *доступной среды* (пандусов и специальных подъемников для инвалидов с физическими ограничениями, дублирование визуальной и текстовой информации по Брайлю для слепых и дублирование звуковой информации для глухих на жестовом языке), а также поддержание мер, способствующих трудоустройству в обычные организации, обучение общества навыкам общения с инвалидами.

Социальная модель рассматривает инвалидность как социальную проблему, а не как свойство человека. Согласно социальной модели инвалидность требует политического вмешательства, так как проблема возникает из-за неприспособленности окружающей среды, вызываемой отношением и другими свойствами социального окружения.

Социальная модель пользуется все большей популярностью в развитых странах, а также постепенно отвоевывает свои позиции и в России.

Медицинская и социальная модели недостаточны для целостного понимания инвалидности, хотя обе они частично обоснованны. Инвалидность – это сложный феномен, который является проблемой как на уровне организма человека, так и на социальном уровне. Инвалидность всегда представляет собой взаимодействие между свойствами человека и свойствами окружения, в котором этот человек проживает, но некоторые аспекты инвалидности являются исключительно внутренними для человека, другие же, наоборот, только внешними. Другими словами, и медицинская, и социальная концепция подходит для решения проблем, связанных с инвалидностью. Наилучшая модель инвалидности, таким образом, будет представлять собой синтез всего лучшего из медицинской и социальной моделей, не совершая присущих им ошибок в преуменьшении целостного, комплексного понятия инвалидности к тому или иному аспекту. Такая более выгодная модель инвалидности может называться биопсихосоциальной моделью. МКФ основывается на модели, совмещающей медицинский и социальный аспекты.

Таким образом, в течение последних трех десятилетий в мире сложились устойчивые тенденции и механизмы формирования политики в отношении инвалидов, правительствами различных стран оказывается помощь государственным и общественным институтам в определении и реализации политики, адресованной инвалидам. Однако психологические аспекты изучения данной проблематики остаются недостаточно изученными. С целью восполнения этого пробела подготовлено предлагаемое учебное пособие.

Первая глава посвящена рассмотрению психологии как научной дисциплины, особое внимание в ней отводится роли психологии при оказании социальной и психологической помощи инвалидам и пожилым людям.

Во второй главе раскрываются особенности социально-психологических проблем детей с ограничениями здоровья, в том числе их адаптации, идентификации, социализации и общения. Особое внимание отводится психологическому консультированию родителей детей-инвалидов.

Инновационные технологии социально-психологической работы с детьми, имеющими ограничения здоровья, рассматриваются в третьей главе.

Знания о характеристиках, закономерностях, движущих силах, механизмах, индивидуальных особенностях психического развития и психического старения необходимы для создания оптимальных условий жизни людям разных возрастов, для оказания социально-психологической помощи инвалидам и пожилым людям. Возрастной период старения и старости рассматривается как особый этап жизни человека, который имеет свои задачи и ценности. При работе с данными категориями населения необходимо учитывать все происходящие изменения и преобразования не только психических и психомоторных процессов, но также изменения в физической, познавательной, эмоционально-волевой, коммуникативной, социальной и других сфер личности. Этим вопросам посвящена четвертая глава книги.

В пятой главе раскрываются содержание понятия личности инвалидов и пожилых людей, особенности их социальной среды, социального окружения. Так как общение в период старения имеет определенную специфику и опосредуется рядом факторов (прекращение профессиональной трудовой деятельности, появление инвалидности, изменения в привычных социальных связях, изменение круга общения, одиночество), появляются сложности в общении и установлении межличностных отношений. Это связано также с тем, что в этом периоде жизни на человека оказывают большое влияние стрессовые факторы: смерть близких, переживания утрат, множественные потери, обусловленные старшим возрастом и инвалидностью. Поэтому большое значение имеет социальная адаптация.

Немаловажную роль для специалистов, работающих с инвалидами и пожилыми людьми, играет профессиональное общение, благодаря которому они могут оказывать квалифицированную помощь. В этой же главе рассматриваются вопросы, связанные не только с основами

психологии общения и профессионального взаимодействия с пожилыми людьми и инвалидами, но и с особенностями общения этих категорий населения в социальной среде.

В шестой главе раскрываются проблемы включения пожилого человека в разного рода социальные группы. Анализ осуществляется с точки зрения включения пожилого человека в большие и малые социальные группы.

В заключительной, седьмой, главе приводятся инновационные технологии социально-психологической работы с пожилыми людьми, в том числе имеющими ограничения здоровья.

В приложении представлен практикум, предназначенный для углубления знаний в области психологии, теории и практики социально-психологической работы с указанными категориями лиц. Он включает разнообразную информацию в форме наиболее дискуссионных вопросов и ответов на них, в том числе по проблемам оказания психологической и социальной помощи, в которой настоятельно нуждаются инвалиды и пожилые люди, а также их родственники и специалисты, работающие с этими категориями населения.

И наконец, еще в одном приложении представлена информация о правилах корректного языка в общении с инвалидами, которые должны использовать специалисты, работающие в социальной сфере и оказывающие помощь людям, находящимся в сложной жизненной ситуации.

При разработке данного учебного пособия были проанализированы отечественные учебники по психологии развития, социальной работе, а также использован опыт чтения курсов по «Психологии развития», «Психогеронтологии» и «Психологии социальной работы». Именно для слушателей профессиональной переподготовки, обучающихся по специальности «Психологическая деятельность в учреждениях социальной сферы», подготовлено данное учебное пособие.

В качестве самостоятельной работы предусмотрен ряд заданий и вопросов, следующих в конце каждой главы. Каждая глава сопровождается списком литературы, рекомендованной для углубленного изучения темы.

Авторы будут благодарны за все критические отзывы и пожелания.

## **Глава 1. Предмет и задачи психологии**

### **1.1. Место психологии в системе научного знания**

Психология – это наука, изучающая законы психики, мотивацию поведения людей, их потребности, механизмы общения и т. д. Социальное поведение людей изучалось только на протяжении одного века – двадцатого. Другими словами, психологи находятся в самом начале пути, что не помешало им уже обогатить науку важными сведениями об убеждениях и иллюзиях, о любви и ненависти, о конформизме и независимости.

В психологии можно найти ответы на вопросы о роли наследственности и среды в жизни человека; о том, как возникают социальные конфликты и что нужно сделать для того, чтобы их участники примирились. Можно найти объяснение большей части наших поступков, например: почему люди иногда помогают, а иногда причиняют друг другу вред.

Внимание специалистов в области психологии личности сосредоточено на внутреннем мире человека и на индивидуальных различиях. Например, их интересует, почему одни люди более агрессивны, а другие авторитарны. Возрастных психологов волнует прежде всего то, что происходит с человеком на протяжении всей его жизни – от рождения до глубокой старости. В детской психологии в первую очередь интересны те механизмы и факторы, которые обеспечивают ребенку вхождение в мир взрослых.

Социальные психологи обращают внимание на то, что вообще свойственно всем людям, – как мы воспринимаем друг друга и влияем друг на друга. Они изучают механизмы, посредством которых социальные ситуации способны вызвать у большинства людей проявления доброты или жестокости, чувства симпатии или предрассудки.

В повседневной жизни любой человек, не знакомый с психологией как научной дисциплиной, использует те или иные психологические знания, опираясь на свой житейский опыт. Бывает, человек умело манипулирует другими, применяя в общении те или иные «психологические игры», знания, почерпнутые из научно-популярной литературы или из различных курсов, которые проводят «опытные» психологи. Возможно, не каждый отдает себе отчет в том, какими средствами воздействия на других людей он пользуется. Например, всю жизнь изо дня в день, каждый из нас, желая понравиться окружающим, постоянно занимается саморекламой. Хорошо отзываясь в обществе о своих близких и знакомых, мы также делаем им рекламу. В результате возникает сложная система социальных связей и отношений огромного количества людей друг с другом. Отдельные люди, общаясь, изображают себя в более выгодном свете, преувеличивают свои достоинства и возможности, стараются выделиться среди равных и одновременно соответствовать уровню тех, кого считают выше себя по положению в обществе.

Человеческое общение не так просто, как кажется. Пожалуй, каждый из нас не раз задавал себе вопросы: как научиться разбираться в людях, как другому понять тебя, как разрешить конфликт?..

Любая работа, связанная с общением, предъявляет высокие требования к психологической подготовке людей. Общение, особенно деловое, требует определенных навыков и умений, которые, как правило, приобретаются человеком по крупицам из жизненного опыта. Однако известно множество примеров, когда человек взрослеет и старится, но так и остается неумелым в общении.

Наше понимание самих себя помогает упорядочить свои мысли и действия. Самоуважение человека – это итоговое восприятие собственной значимости, которое влияет на оценку личностных качеств и способностей. От чего зависит восприятие человека самого себя? От

множества разнообразных факторов, включая роли, которые он исполняет, от сравнения себя с окружающими, от восприятия того, как другие люди его оценивают, от успехов и неудач.

Наше самопознание на удивление несовершенно. Зачастую человек сам не знает, почему он ведет себя так, а не иначе. Есть мощные источники влияния на нас. Они не так очевидны, как реклама или самореклама. Например, у нас есть привычка использовать окружающих в качестве зеркала, с помощью которого мы воспринимаем самих себя. Судьба наших предков зависела от того, что думали о них другие. Защита со стороны групп, к которым они принадлежали, увеличивала их шансы на выживание. Если же группы давали им понять, что не одобряют их, у них хватало биологической мудрости для того, чтобы испытывать стыд и невысоко себя оценивать. Мы – их потомки и тоже обладаем потребностью принадлежать какой-либо группе.

Таким образом, наше поведение контролируют трудноуловимые, неявные процессы. Причем они могут отличаться от того сознательного и явного объяснения, которое мы ему обычно даем. Все это – предмет изучения психологической науки.

Слово **психология** буквально означает «знание о душе» или «наука о душе». Первая часть слова (греч. *psychē* – душа) указывает на особый мир явлений в сознании человека, не похожих на те явления, с которыми человек имеет дело в окружающем его мире, в науках о природе и которые он может воспринимать невооруженным глазом. Вторая часть слова (*logos* – понятие, учение) указывает на то, что речь идет или о представлениях людей об этих явлениях, сложившихся в результате накопленного жизненного опыта, или об особой науке, которая возникла и существует с целью получения точных, достоверных знаний об этих явлениях.

В наше время вместо понятия «душа» используется понятие «психика», хотя в языке до сих пор сохранилось много слов и выражений, производных от первоначального корня: одушевленный, бездушный, душевный и пр.

Понятие «психология» является многозначным и широко употребляется в настоящее время как в науке, так и в практике, в повседневной жизни. Одна из важнейших причин этого заключается в том, что имеется как *научная*, так и *практическая, житейская* психология, каждая из которых может определяться по-разному.

Есть предположение, что через несколько десятков лет любое данное в настоящее время определение психологии как науки может оказаться неадекватным, так как система психологических знаний постоянно изменяется и развивается. Тем не менее общим для любых систем современных психологических знаний является то, что все они, так или иначе, имеют дело с явлениями, которые называются психологическими; они пытаются найти с помощью этих явлений объяснение поведению человека.

Чтобы составить предварительное представление о том, что такое «психика», обращаются к понятию «психическое явление». Под *психическими явлениями* часто понимают факты внутреннего, субъективного опыта: это не только то, что человек видит, чувствует, мыслит, понимает, желает, но и его *знание* о том, что он видит, чувствует и т. д. Иными словами, психические процессы не только происходят в человеке, но и непосредственно ему открываются.

Эта особенность субъективных явлений – открываться сознанию человека – привлекала внимание тех, кто задумывался над его психической жизнью. На некоторых ученых она произвела такое впечатление, что они связали с ней решение двух фундаментальных вопросов – о *предмете* и о *методе* психологии.

Психология, считали они, должна заниматься только тем, что переживается человеком и непосредственно открывается его сознанию, а единственный метод (т. е. способ) изучения этого явления – самонаблюдение. Однако этот вывод был преодолен дальнейшим развитием психологии.

Дело в том, что существует целый ряд других форм *проявления психики* – формы поведения, неосознаваемые психические процессы, творения человеческих рук и разума, т. е. про-

дукты духовной и материальной культуры. Во всех этих фактах, явлениях, продуктах психика проявляется, обнаруживается и поэтому через них может изучаться. Однако к этим выводам психология пришла не сразу, а в ходе острых дискуссий о ее предмете.

Научная психология располагает обширным, разнообразным, уникальным фактическим материалом, недоступным во всем своем объеме ни одному носителю житейской психологии. Материал этот накапливается и осмысливается в том числе и в специальных отраслях психологической науки – в возрастной психологии, педагогической психологии, психологии труда, социальной психологии, зоопсихологии и др.

Научные психологические знания в настоящее время применяются везде, где необходимо принимать в расчет и учитывать психологию людей и человеческие взаимоотношения. Давние и традиционные области использования психологических знаний – это образование, медицина, экономика, политика. Ими, однако, не исчерпывается интерес к психологическим знаниям, которые важны родителям для воспитания детей, учителям – для их обучения, руководителям различных организаций и учреждений – для того, чтобы справляться с разнообразными управленческими задачами. Психологические знания необходимы всем без исключения людям для лучшего понимания себя и окружающих, чтобы устанавливать с ними нормальные человеческие отношения. Относительно недавно психологические знания стали востребованы и в *социальной сфере*.

Психологи работают с инвалидами и пожилыми людьми, а также со специалистами по социальной работе. Изучение познавательной, эмоциональной, волевой, коммуникативной сфер помогает им в диагностической, коррекционной и профилактической работе.

## 1.2. Методы психологии

Достижения любой науки в значительной степени определяются развитием ее методического аппарата, позволяющего добывать новые факты и на их основе строить научную картину мира. Поэтому вопрос о разработке методов психологии всегда находится в центре внимания исследователей.

Методы получения знаний в сферах *жизненной* и *научной* психологии разные. В житейской психологии люди обычно ограничиваются наблюдениями и размышлениями, в научной психологии к этим методам добавляется *эксперимент*.

Суть экспериментального метода состоит в том, что исследователь не ждет стечения обстоятельств, в результате которого возникает интересующее его явление, а вызывает это явление сам. Затем он целенаправленно изменяет условия, чтобы выявить закономерности, которым данное явление подчиняется. С введением в психологию экспериментального метода (в конце XIX века была открыта первая экспериментальная лаборатория) психология оформилась как самостоятельная наука.

Разработка конкретных методов психологии основывается на теоретических положениях и методологических принципах, ею выдвигаемых. Исследователь выбирает или конструирует тот метод, который отражает теорию, определяющую выбор объекта исследования и способы объяснения (интерпретации) полученных данных.

Обычно выделяют три уровня *методологического анализа*:

- 1) общая методология;
- 2) частная методология и конкретные методы;
- 3) методики и процедуры в психологических исследованиях.

**Методология** – совокупность конкретных приемов исследования; иногда подразделяется на метод (стратегия исследования) и методику (способ фиксации эмпирических данных).

**Общая методология** – общий принцип познания, философский подход к анализу явлений действительности. Это система философских, логических, этических и других знаний, которые имеют отношение к описанию и обоснованию методов *научного исследования*, применяемых в психологии, с точки зрения допустимости их использования и возможности получения точных, достоверных знаний об изучаемых психических явлениях.

Второй уровень – **частная методология** – обеспечивает конкретную реализацию общепсихологических принципов применительно к объектам психологических исследований. Частная методология дает указания относительно способов разработки психологических теорий, помогает выделить структуру и основные линии взаимосвязей в изучаемом объекте.

Третий уровень – **совокупность методов и методик** – непосредственно связан с практикой исследования.

Разные уровни методологии тесно переплетаются, поскольку взаимосвязаны между собой. Все конкретные технические приемы, методики и процедуры, хоть и имеют относительную самостоятельность, но всегда зависят от теоретических позиций исследователей и той научной школы, в рамках которой они были созданы.

Необходимо уточнить, что понимается под выражением «*научное исследование*» в современном науковедении. *Г. М. Андреева* выделяет следующие черты научного исследования:

- 1) оно имеет дело с конкретными объектами, иными словами, с обозримым объемом эмпирических данных, которые можно собрать средствами, имеющимися в распоряжении науки;
- 2) в нем дифференцированно решаются (выделение фактов, разработка методов измерения) логические (выделение одних положений из других, установление связи между ними) и

теоретические (поиск причин, выявление принципов, формулирование гипотез или законов) познавательные задачи;

3) для него характерно четкое разграничение между установленными фактами и гипотетическими предположениями, поскольку отработаны процедуры проверки гипотез;

4) его цель – не только объяснение фактов и процессов, но и их предсказание.

Если кратко суммировать эти отличительные черты, то можно их свести к трем:

1) получение тщательно собранных данных;

2) объединение их в принципы;

3) использование этих принципов в предсказаниях.

Методы психологии могут быть классифицированы по различным основаниям. Часто выделяют два больших блока методов: *методы сбора информации* (наблюдение, изучение документов, беседа, опрос, эксперимент) и *методы ее обработки* (приемы теоретической и логической обработки данных, использование методов математической статистики).

Методы наблюдения основаны на непосредственном восприятии и оценке самих психических явлений. Например, если психолога-исследователя интересуют эмоциональные переживания человека, то он судит, наблюдая за жестами, мимикой и пантомимикой этого человека. Методы опроса базируются на использовании ответов людей для выводов об их психических, психологических и личностных особенностях, т. е. такие выводы делаются на основе того, что они сами о себе говорят. Эти методы имеют несколько вариантов: устный опрос, письменный опрос, свободный опрос, стандартизированный опрос, интервью, анкетирование и др.

Тесты – это разновидность методов, отличающихся особой тщательностью разработки и оценки психических явлений. С помощью тестов можно достаточно точно их описывать и количественно оценивать. Тесты составляют основную группу современных методов изучения психологических явлений.

Методы обработки информации к собственно психологическим методам не относятся – это большая группа общенаучных приемов, подготавливающих первичную информацию к содержательному анализу.

Методы исследования в любой науке характеризуются функциональностью, т. е. они специально рассчитаны на решение той или иной задачи. А это значит, что применение конкретных методов в психологических исследованиях определяется целями этого исследования и особенностями изучаемого объекта. Очень важным является и вопрос о том, кем применяются методы психологии.

Метод поперечных срезов – экспериментальный метод, в котором возрастные различия измеряются с помощью исследования различных возрастных групп в один период, т. е. сравниваются различные возрастные группы по заданной переменной. Обычно используется в психологии развития и в других направлениях, в которых выборка составляется из участников различного возраста и от разных групп. Достоинством является возможность за короткий промежуток времени охватить большие возрастные периоды. Недостаток метода – смешение различий, обусловленных возрастом и разным жизненным опытом. Противоположен лонгитюдному методу.

Лонгитюд/лонгитюдное исследование – экспериментальный метод, в котором одни и те же участники (респонденты) исследуются на разных стадиях своего возраста. Метод обычно применяют в исследованиях психологии развития. В психологии старения известны лонгитюды, которые длились 48 и больше лет. Лонгитюдное исследование более точно, чем метод поперечных срезов, определяет перспективу психического развития, а также генетические связи между его фазами. К достоинствам этого метода можно отнести возможность проследить одну и ту же группу индивидов на разных стадиях их развития, к недостаткам – трудоемкость; длительность; селективное истощение (уменьшение) выборки; потеря репрезентативности; влияние исторических событий, трудность их отслеживания; обследуемые индивиды в

течение жизни подвергаются влиянию изменений культуры, которые опосредованно отражаются на психической деятельности, и др.

Вопрос о возможности применения психологических методов в работе социального педагога, воспитателя или социального работника является весьма серьезным и нередко дискуссионным. Эти методы нацелены на изучение личности, коллектива, сложных личностных и межличностных образований, которые нелегко выявить и однозначно объяснить. Например, в социальной сфере, где оказывается помощь в решении самых разных вопросов людям, находящимся в сложной жизненной ситуации. Поэтому требуется точно определить, кому может быть передан инструмент психологических исследований. В любом случае это должен быть человек, обладающий психологическими знаниями, а также тактом, особой чувствительностью к соблюдению этических норм.

### 1.3. Практические приложения психологии в области социальной работы с пожилыми людьми и лицами с ограничениями здоровья

Современная психология как наука о внутреннем мире человека исследует все его стороны. *Практика* любого специалиста, а тем более имеющего отношение к проблемам инвалидов и пожилых людей, начинается с *теории*. На практике применяется то, что открыто при помощи ее фундаментальных исследований. Результаты научных исследований включаются в развитие самых разных областей общественной жизни. Другими словами, психология – это не только теоретическая дисциплина, изучающая человека, но и система прикладного знания, позволяющая психологу-практику и специалисту смежных областей (педагогу, врачу, социальному работнику и т. п.) совершенствовать свою работу с людьми. Специальные учреждения осуществляют прикладные исследования, имеющие свои специфические особенности. Особая сфера приложения науки получила название *социально-психологического вмешательства*.

**Вмешательство** – общий термин в социальной работе, обозначающий планируемое действие, предпринимаемое или предлагаемое психологом или социальным работником вместе с клиентом либо от его имени. Вмешательство направлено на отдельного человека, супругов, семью или более широкую группу людей. Термин вошел в употребление в 1970-е годы, заменив термин «лечение», который отражал медицинскую модель подхода в социальной работе.

Многие социально-психологические проблемы до сих пор не решены, спорны, дискуссионны. Они еще не получили своего решения, но практические запросы требуют достаточно быстрых мер.

Все области практических приложений психологических знаний представляют собой области социальной жизни, где основные социально-психологические феномены – *общение и совместная деятельность*.

Как правило, направления прикладных исследований и практической социальной психологии сосредоточены на управлении и развитии организаций, массовой коммуникации и рекламе, школе и семье, праве и политике. Относительно недавно к этим областям добавилась сфера *социальной работы с инвалидами и пожилыми людьми*. Многие подходы к социальной работе опираются на те или иные социально-психологические воззрения.

Область практических приложений социальной психологии в данной сфере связана с усилиями смежных дисциплин, прежде всего социальной работы, права, геронтологии, медицины, социальной педагогики и др.

Для практики социальной работы особенно важное значение имеет направление *психодиагностики* – отрасли психологического знания, связанной с постановкой психологического диагноза. Современная психодиагностика все шире используется в таких областях социальной практики, как расстановка кадров, профотбор и профориентация, прогнозирование социального поведения, психотерапевтическая помощь и др.

Особое значение психодиагностика имеет в работе психолога, непосредственно занимающегося проблемами инвалидов и пожилых людей. Вопросы, которые составляют предмет психодиагностики в этом случае, имеют отношение к методам и конкретным методикам психодиагностики черт личности, межличностных отношений, способностей, мотивов, сознания и самосознания, познавательной, эмоционально-волевой и личностной сфер инвалида и пожилого человека. *Психодиагностика* – это наука и практика постановки психологического диагноза.

Большой блок проблем относится к *условиям социального обеспечения* инвалидов и пожилых людей. Здесь особо значимыми выступают вопросы организации высокого *качества жизни* людей, которые, в силу потери здоровья, начинают испытывать зависимость от других – от государства, *формальных* и *неформальных помощников* или участников ухода.

**Помощник** – человек, который ухаживает за кем-либо (инвалидом, пожилым человеком или ребенком). Чаще всего помощником называют, во-первых, родственника инвалида или пожилого человека, который несет первичную ответственность за его состояние и уход (неформальный или семейный помощник), и, во-вторых, социального работника как профессионального помощника (формальный помощник). Относительно недавно появилось разделение на *первичного* и *вторичного* помощника. К первым относится член семьи пожилого человека, постоянно ухаживающий за ним, а ко вторым – все остальные, которые оказывают помощь, но не регулярно (другие члены семьи, социальные работники, соседи, друзья, представители общественных и волонтерских организаций и т. д.).

**Неформальный участник ухода** – член семьи или кто-либо из числа друзей, соседей, волонтеров, оказывающий помощь в уходе за зависимым человеком на безвозмездной основе. Термин используется для отличия от *формального участника ухода*.

**Формальный участник ухода** – индивид, оказывающий помощь зависимому человеку в рамках своих обязанностей по оплачиваемой работе.

Категория «*качество жизни*» появилась в рамках социологии в 1970-е годы в зарубежных странах. Она выражает степень развития у людей материальных и культурных потребностей (качество питания, качество и современность одежды, качество здравоохранения и образования, экологии, комфорта жилища и пр.) и удовлетворения ими.

Когда говорят о качестве жизни инвалидов и пожилых людей, имеют в виду специфику условий и форм любой жизнедеятельности применительно к этим социальным группам. В социально-психологическом смысле это оценка воздействия различных параметров на состояние инвалида или пожилого человека. Схематично оценку качества жизни представляют как состоящую из объективных условий (общее здоровье, функциональный статус, социоэкономический статус) и субъективных условий (степень удовлетворенности жизнью и самоуважение).

К составляющим элементам относятся: индивидуальные характеристики пожилых людей и инвалидов; факторы физического окружения; факторы социального окружения; социоэкономические факторы; факторы личностной автономии; удовлетворенность жизнью; факторы личности. Для этих элементов существуют определенные стандарты, по которым рассчитывается качество жизни.

Не менее важным является *качество ухода в стационарах* (разного рода домах-интернатах) – это качество жизни пожилых людей и инвалидов, живущих в различных не-домашних условиях. В центре внимания исследований качества жизни представления и опыт людей – резидентов стационаров как клиентов системы социального обслуживания и здравоохранения.

Важнейшим практическим направлением является *проведение* социальным работником и психологом *анализа и оценки* жизненной ситуации клиента – инвалида или пожилого человека, нуждающегося в помощи.

Они также дают рекомендации и принимают решения, которые имеют непосредственное отношение к жизни инвалидов и пожилых людей. Однако заключение, которое делают специалисты на основе данных оценки, не может быть сделано без специальных знаний и теории.

Оценка как тестирование, исследование, изучение и т. п. инвалидов и пожилых людей бывает многих видов:

- диагностическая;
- описательная;
- интеллектуального функционирования;
- памяти и обучения;

- скорости;
- языка;
- функционального выполнения;
- нейропсихологическая;
- когнитивного (познавательного) функционирования;
- умственного состояния и благополучия;
- поведения и ухода за собой;
- потребностей и т. д.

Этот ряд отражает целый спектр характеристик индивида и его взаимодействия с социальным и физическим окружением. Как видно из этого, далеко не полного списка, многие виды оценки относятся непосредственно к компетенции психологов, психиатров или врачей. Большинство из них фокусируются на специфической области, но не дают общую картину состояния и положения инвалида или пожилого человека. Вид оценки, который требуется проводить специалистам по социальной работе, часто называется оценкой нуждаемости.

**Оценка нуждаемости** пожилых людей и инвалидов – это экспертное обследование состояния, положения, степени инвалидности, потребностей клиентов, т. е. обследование, включающее много разных аспектов.

Оценка нуждаемости инвалидов и пожилых людей является основанием практики социальной работы, социального и медицинского обслуживания. Такая оценка основана на дифференцированном подходе к каждому клиенту.

Менеджмент ухода как процесс включает оценку, план, осуществление и мониторинг специально приспособленного обслуживания к индивидуальным потребностям пожилого человека. Важность оценки заключается в том, что это первая ключевая стадия в процессе, который ведет к вмешательству с целью улучшения ситуации инвалида или пожилого человека и его функционирования.

Особенности психологической работы, внедрение ее в систему социальной работы с инвалидами и пожилыми людьми ставят перед специалистами задачу комплексного подхода к выявлению проблем клиентов.

Наряду с решением такого рода задач, сюда относятся вопросы **социального и физического окружения** инвалидов и пожилых людей.

В современной психологии обозначилось самостоятельное направление, которое получило наименование **психология среды**, или **экологическая психология**. Эта область исследований изучает психологические аспекты взаимоотношения человека с окружающей средой. Одно из направлений изучения личности пожилого человека или инвалида связано с тем, как он взаимодействует с окружающей средой, в том числе как он выбирает для себя то окружение, которое отвечает его ресурсам и потребностям. Процесс старения и проявления инвалидности связаны со снижением определенных функциональных способностей, но это не обязательно ведет к зависимости, если физическая и социальная окружающая среда согласованы со способностями и потребностями индивидов. Даже если окружающая среда не соответствует потребностям пожилых людей и инвалидов, большинство из них приспособляются к ней. Ученые пытаются понять адаптивный процесс, благодаря которому личность и ее окружение взаимодействуют друг с другом и достигают баланса. При таком динамическом подходе человеческое бытие рассматривается не только как подвергающееся влиянию окружающей среды, но также как создающее новое социальное окружение и изменяющее его физические и социальные характеристики.

В связи с этим особый интерес представляют работы, посвященные изучению роли **общения социальных работников с инвалидами и пожилыми людьми**, их негативных **стереотипов и представлений**, мешающих выполнению профессиональных обязанностей. Развитие коммуникативных умений и эффективного управления контактами и общением с инвалидами

и пожилыми людьми важно для практики при вмешательстве, проведении оценки нуждаемости, консультировании.

Одним из важных направлений практической работы психолога в социальной сфере является **консультирование**. Психологическое консультирование – форма оказания психологической помощи, все шире практикуемая в нашей стране. Этот тип деятельности получает все более и более широкое распространение. Так, за последние годы в России развернуто несколько параллельных психологических консультативных служб с местом базирования от детских садов до центров службы занятости и от детских поликлиник до пенитенциарных учреждений. Однако именно область социальной помощи инвалидам и пожилым людям еще относительно слабо освоена психологами-консультантами.

В консультировании устанавливается взаимодействие между консультантом и клиентом, при этом качество консультирования зависит от качества таких взаимодействий. Умения консультирования важны, но в качестве средства для работы основополагающим является взаимодействие.

Три главных аспекта консультирования включают взаимодействие, умение и процесс личностного развития.

Были разработаны различные модели консультирования, например: подход, «центрированный на клиенте» (*К. Род-жерс*): подход, центрированный на задаче; подход «разрешения проблем».

Большинство подходов к консультированию основаны на принципах, определяющих цель, метод и, в частности, социальные установки:

- непредвзятое отношение и отсутствие предубеждений;
- безусловное позитивное отношение;
- эмпатическое понимание;
- доверие и искренность;
- правдивость;
- конфиденциальность.

Однако применение некоторых из этих принципов может вызывать затруднения на практике с инвалидами и пожилыми людьми. Например, как эмпатически понимать пожилого человека специалисту, который значительно его моложе, т. е. не имеет опыта позднего возраста? Нормы консультативной практики могут быть нарушены с помощью *сверхзащиты* (постановка задач от имени клиента, за него; сверхконтроль процесса) или *нечувствительности* (интерпретации поведения клиента в результате недостатка знаний о пожилом возрасте, инвалидах, пожилых людях).

Психологическая помощь оказывается в ситуации не только существующего объективно, но и субъективно переживаемого неблагополучия (*А. А. Бодалев*). Это переживание может быть острым и выражаться в глубоком недовольстве собой, окружающими, жизнью в целом, а иногда и в страдании. В таких случаях требуется не только консультативная, но и **психотерапевтическая** помощь. Если страдания человека складываются в клиническую картину заболевания и человек обращается к врачу, то психотерапевтическая помощь носит медицинский характер и оказывается врачом-психотерапевтом. Во многих случаях, однако, требуется психотерапевтическая помощь несколько иного характера. По своей форме и цели это психотерапевтическое вмешательство совпадает с тем, которое используется при лечении больных. Оно осуществляется в форме беседы, дискуссии, игры (т. е. в форме общения) и направлено на избавление человека от страданий и ликвидацию причин, вызвавших эти страдания. Это вмешательство отличается от медицинского в двух существенных аспектах: 1) природа неблагополучия кроется не в болезненных процессах, происходящих в организме человека, а в особенностях его личности, специфике жизненной ситуации и характере взаимоотношений

с окружающими; 2) обращающийся за помощью человек объективно не является и не считает себя больным.

В какой бы форме ни осуществлялась психологическая помощь – в форме психологического консультирования или в форме немедицинской психотерапии, она обладает общей характеристикой – индивидуализированностью своей направленности. Это основывается на глубоком проникновении в личность обратившегося за помощью человека, в его чувства, картину мира, структуру взаимоотношения с окружающими.

Таким образом, область практических приложений теории и науки в социальной сфере достаточно широкая.

Есть еще один важный вопрос, который должен быть обсужден, он касается науки в целом. Любая профессия, связанная с общением и взаимоотношениями с другими людьми, имеет риск *манипулирования* человеческой личностью, что противоречит идеям гуманизма, свободы личности. Психология не может и не должна претендовать на манипулирование каждой отдельной человеческой личностью. Она способствует оптимизации отношений между людьми, направляет свои рекомендации не в сторону предписаний *что* и *как* делать каждому человеку, но в сторону такого развития отношений между людьми, при котором каждый сможет свободно осуществить свой выбор. Этот выбор должен быть оптимальным с точки зрения как потребностей общества, так и с точки зрения отдельной личности.

## **Вопросы и задания для самопроверки**

1. В чем заключается феноменология психологии?
2. Охарактеризуйте житейскую и научную психологию. Приведите примеры.
3. Что является предметом психологии?
4. Кто может быть психологом? Чем занимается психолог?
5. Какими методами владеет психология?
6. Добавьте другие примеры практических приложений психологии в социальной сфере, не рассмотренные в данной главе.
7. Составьте список вопросов, которые призван решать психолог, работающий в социальной сфере.
8. Составьте список вопросов, которые призван решать социальный работник, работающий с инвалидами и пожилыми людьми.
9. Сравните оба списка и выделите те проблемы, которые могут быть решены только совместными усилиями психолога и социального работника. Обоснуйте свой ответ.

## **Литература для углубленного изучения темы**

1. *Андреева Г. М.* Социальная психология. – М.: Аспект-Пресс, 2003.
2. *Краснова О. В.* Руководство по оказанию социально-психологической помощи старым людям. – М.: МПГУ; Обнинск: Принтер, 2002.
3. *Немов Р. С.* Психологический словарь. – М.: ВЛАДОС, 2007.
4. Справочное пособие по социальной работе / Л. С. Алексеева, П. В. Бобков, Г. Ю. Бурлак и др.: Под ред. А. М. Панова, Е. И. Холостовой. – М.: Юристъ, 1997.
5. *Холостова Е. И.* Социальная работа с пожилыми людьми. – М.: Дашков и К, 2007.

## Глава 2. Социально-психологические проблемы детей с ограничениями здоровья

### 2.1. Социально-психологическая адаптация инвалидов

Для понимания адаптации важен анализ адаптационного процесса с точки зрения его возможных результатов. При этом в качестве основного результата адаптации выделяют формирование таких характеристик инвалида, которые обеспечивают его нормативное функционирование.

Впервые принцип подобного подхода к личности был заложен на рубеже веков социологом *Ф. Гиддингсом* (1855–1931). В своем анализе социальной успешности человека *Ф. Гиддингс* исходит из наличия/отсутствия у него определенных личностных черт. Так, с его точки зрения, вне зависимости от других факторов более «социально желательными» являются люди внимательные, ответственные, независимые в мыслях и стремящиеся принести пользу обществу. Напротив же, безответственные, равнодушные, эгоистичные индивиды обречены на плохую приспособленность к социальной среде и неуспех. Ведущая задача – такое приспособление человека к обществу, которое обеспечивает ему успешное функционирование. Процесс достижения известного соответствия человека требованиям социальной среды определяется как процесс *социальной адаптации*, а нарушение его – как *дезадаптация*.

Эта проблема по-разному предстает в различных теоретических ориентациях.

С точки зрения *бихевиоризма* социально-психологическая адаптация понимается как процесс, посредством которого достигается состояние социального равновесия между индивидом и группой, как отсутствие конфликтных отношений человека с ближайшим социальным окружением.

Основное внимание с точки зрения *психоаналитических* концепций при анализе адаптации направлено на формирование и развитие защитных механизмов личности, причем сам процесс адаптации выступает как многоуровневый, а психологические защиты могут играть для личности как стабилизирующую, так и дестабилизирующую роль. В силу того что проблема психологической защиты содержит в себе центральное противоречие между стремлением человека сохранить психическое равновесие и теми потерями, к которым ведет избыточное вторжение защит, выделяют и патологические защиты как неадекватную форму адаптации. В современном психоанализе выделяются две разновидности адаптивных реакций личности: 1) аллопластическая адаптация, осуществляющаяся за счет изменений во внешнем мире, совершая которые человек приводит внешний мир в соответствие со своими потребностями, и 2) аутопластическая адаптация – приспособительные изменения внутри самой личности.

Предложена еще одна разновидность социальной адаптации – поиск человеком такой социальной среды, которая является наиболее благоприятной для его жизнедеятельности.

Несколько иная формула используется *Э. Эриксоном*: противоречие – тревога – защитные реакции человека и среды – гармоничное равновесие или конфликт. То есть в том случае, если защитные реакции человека или уступки среды действительны, результатом адаптации может быть гармония и сотрудничество человека и общества, в противном случае – их взаимодействие разворачивается как конфликт.

Важный вклад в проблему понятия психической адаптации вообще и социальной адаптации в частности был внесен *Ж. Пиаже*. Адаптация рассматривается им как единство двух противоположно направленных процессов – ассимиляции и аккомодации. Ассимиляция – приспособление за счет изменений среды, аккомодация – за счет изменений самой личности.

Полноценная адаптация обеспечивается в случае равновесия между процессами ассимиляции и аккомодации на социальном и личностном уровнях. Преобладание на уровне социальной адаптации процессов аккомодации приводит к появлению конформности, зависимости, преобладание процессов ассимиляции – к агрессивным проявлениям, негативизму. На личностном уровне доминирование аккомодации провоцирует низкую самооценку, тревожность, неприятие себя; доминирование ассимиляционных процессов проявляется в завышенной самооценке, нескритичности.

Для *интеракционистского* подхода к анализу социально-психологической адаптации характерно ее рассмотрение как успешного выполнения личностью нормативного ролевого репертуара и умения разрешать возникающие ролевые конфликты. Выделяют два вида адаптивного поведения личности и две важнейшие сферы проявления адаптивности/ неадаптивности. Первый тип адаптивного поведения – конформное принятие норм и ценностей общества. Другой тип адаптивного поведения – успешное использование человеком сложившихся условий для осуществления своих целей, ценностей и стремлений. Адаптивное поведение в данном случае характеризуется принятием эффективных решений, проявлением инициативы и ясным определением собственного будущего. Адаптивность человека может проявляться в двух основных сферах – в социально-экономической активности (человек добивается компетентности и мастерства) и в личных отношениях (установление эмоционально насыщенных социальных связей).

Взгляд *гуманистических* психологов на эту проблему резко противостоит представлениям об адаптации как гомеостатическом процессе. Адаптация рассматривается как сложный динамический процесс взаимодействия личности и среды, приводящий к оптимальному соотношению ценностей личности и среды. Критерием адаптированности личности для *А. Маслоу* является степень интеграции личности и среды, а возникновение дезадаптации связывается с фрустрацией базовых, прежде всего высших, потребностей.

Что же касается психической напряженности, то она, по мнению *В. Франкла*, есть необходимое и естественное условие развития личности, если степень напряжения адекватна силе воздействия, а состояние сознательно контролируется человеком.

В работах отечественных авторов прослеживается взгляд на социальную адаптацию личности, созвучный идеям ин-теракционизма и гуманистической психологии. Еще в учении о психических уровнях, разработанном *А. Ф. Лазурским*, отмечалось, что если низший психический уровень дает по преимуществу индивидов, недостаточно приспособленных, средний – приспособившихся, то представителей высшего уровня можно назвать приспособляющимися.

Как считают ученые, процесс социально-психологической адаптации не может быть отделен от развития личности, ее становления. Напротив, он тесным образом связан с гармоническим развитием индивидуальности. Социальная адаптация человека предусматривает активную личную позицию, способность взаимодействовать с окружающим миром в конкретных условиях существования, сохраняя себя как личность.

При анализе эмпирических исследований процесса социально-психологической адаптации выделяют три ряда факторов, определяющих успешность социально-психологической адаптации к социальным изменениям: 1) способность человека к изменению своих ценностных ориентаций и Я-концепции; 2) умение находить определенный баланс между своими ценностными ориентациями и социальной ролью; 3) ориентация не на конкретные социальные требования, а на принятие универсальной системы ценностей.

Изучение психологических особенностей, обеспечивающих адаптацию и принятие себя человеку с ограниченными возможностями, является частью научного направления. Оно исследует способность человека сохранять относительное психологическое, психическое благополучие вопреки психотравмирующим жизненным ситуациям.

Феномен, который отражает свойство психики человека сохранять целостность вопреки травмирующей ситуации, может обозначаться по-разному, среди наиболее часто встречающихся названий – *сопротивляемость, устойчивость, жизнестойкость, выносливость*. Но, независимо от избранного исследователем понятия, фактически каждый раз решаются вопросы:

- Что именно делает человека устойчивым или уязвимым к тому или иному негативному воздействию со стороны общества?
- Каковы критерии, позволяющие охарактеризовать личность как обладающую высоким уровнем сопротивляемости или же отнести ее к группе риска?

Переживание личностью своей защищенности в ситуации интеграции в общество является критерием, позволяющим определить уровень устойчивости или же, напротив, уязвимость к психотравмирующему воздействию.

В современных исследованиях *защищенность* рассматривается в связи с проблемой безопасности личности и общества. *Безопасность* (биологическая, экологическая, правовая, политическая, социальная, в чрезвычайных ситуациях) раскрывается через защищенность субъекта от каких-либо негативных воздействий окружающей среды. Высокий уровень защищенности личности от пренебрежения со стороны социума рассматривается как один из показателей психологической безопасности среды, среди которых выделяется удовлетворенность субъектов основными характеристиками взаимодействия и позитивное отношение к ней. Структура защищенности от пренебрежения соответствует формам проявления психологического насилия в межличностном взаимодействии и представляет собой защищенность от публичного унижения, оскорбления, высмеивания, угроз, обидного обзывания, принуждения, от игнорирования, неуважительного и недоброжелательного отношения.

В поисках психологических ресурсов, обеспечивающих защищенность, а следовательно, и сопротивляемость личности, требуется рассмотреть существующие теоретические подходы и эмпирические исследования, которые объясняют механизмы формирования социальной и личностной идентичности.

## 2.2. Социальная и личностная идентичность инвалидов

Область исследования идентичности возникала в русле общепсихологических и социально-психологических исследований личности. Родоначальником считают *У. Джемса* с его концепцией осмысления личностью своей самоидентичности, своих границ и места в мире. *У. Джемс* показал, что человек думает о себе в двух плоскостях, откуда и два аспекта идентичности: в личностном аспекте, что и создает личностную самоидентичность, и в социальном аспекте, где формируется многообразие социальных Я индивида.

К идее о двух аспектах осмысления личностью своих границ в мире обращались *Ч. Кули* (теория зеркального Я), *Г. Мид* (становление личности во взаимодействии с другими), *Э. Эрикссон*.

Теоретическая и эмпирическая разработка проблемы идентичности началась сравнительно недавно, в 60-е годы XX века, хотя само понятие идентичности имеет довольно длительную историю. Ближким по смыслу к нему было понятие «базовая личность», введенное *А. Кардинером* и определяемое культурантропологическими теориями как манера вести себя, вступать во взаимодействие с другими людьми. Понятие идентичности широко использовали различные ролевые теории личности, в рамках которых она понималась как структурная совокупность различных ролей, ин-териоризуемых в процессе социального обучения.

Однако помимо собственно психологической истории своего становления понятие идентичности оказалось стержневым для ряда социально-философских концепций, например в работах *Э. Фромма* (1900–1980), имевших в качестве своего предмета анализ современных особенностей взаимоотношений человека и общества, благодаря чему данное понятие используется гораздо шире чисто психологического контекста.

*Э. Фромм* обращается к проблеме идентичности, анализируя диалектическую взаимосвязь индивидуального и всеобщего в человеческой природе в книге «Бегство от свободы» (1941). Он определяет персональную идентичность как результат индивидуализации человека. По мнению *Э. Фромма*, последняя есть следствие обособления его от сил природы и от других людей, что впервые становится возможным лишь на определенном этапе человеческой истории, а именно в Новое время.

Но, как отмечает *Э. Фромм*, одновременно одной из ведущих человеческих потребностей, составляющую самую сущность человеческого бытия, является потребность в связи с окружающим миром, потребность избежать одиночества, что достигается путем самоотжествления с какими-либо идеями, ценностями, социальными стандартами, т. е. путем формирования социальной идентичности.

Впервые детально понятие идентичности было представлено в известной работе *Э. Эриксона* «Детство и общество» (1950). *Э. Эриксон* понимал идентичность в целом как процесс организации жизненного опыта в индивидуальное Я, что предполагает его динамику на протяжении всей жизни человека. Он определяет идентичность как сложное личностное образование, имеющее многоуровневую структуру. Это связано с тремя основными уровнями анализа человеческой природы.

### Структура идентичности

*Индивидуальный уровень анализа* – идентичность определяется как результат осознания человеком собственной временной протяженности. Представление о себе как некоторой относительно неизменной данности того или иного физического облика, темперамента, задатков, имеющего принадлежащее ему прошлое и устремленного в будущее.

*Личностная точка зрения* – идентичность определяется как ощущение человеком собственной неповторимости, уникальности своего жизненного опыта.

*Социальный уровень анализа* – групповые стандарты, которые помогают процессу Я-категоризации. Это те характеристики человека, благодаря которым он делит мир на похожих и непохожих на него. Последней структуре Э. Эриксона дал название социальной идентичности.

Таким образом, по Э. Эриксону, персональная и социальная идентичность выступают как некоторое единство, как две неразрывные грани одного процесса – процесса психосоциального развития ребенка.

Теоретическое осмысление дано в трудах А. Тэшфела, который разработал теорию социальной идентичности (*Social Identity Theory – SIT*), и Дж. Тернера, предложившего теорию самокатегоризации (*Self-Categorization Theory – SCT*).

Социально-экономические изменения, произошедшие в нашей стране за последние годы, отразились на развитии процесса личностного роста, становлении индивидуального стиля социализации. Это повлекло за собой и изменение содержания личностной и социальной идентичности, что побуждает каждого человека пересмотреть отношение к себе, к своему окружению, искать свою социальную группу, которая помогла бы восстановить внутреннюю целостность Я-образа.

Нахождение своей социальной группы ребенком-инвалидом необходимо для успешной социализации, где значимым является взаимное принятие ребенка и группы: при этом не только ребенок считает себя членом этой группы, но и группа положительно относится к нему, рассматривая его как своего представителя.

Это приводит к необходимости обратить внимание и на особенности индивидуального стиля общения, используемого ребенком-инвалидом, так как непродуктивный стиль общения может привести к конфликтам. Стиль предполагает компенсацию слабых сторон психики конкретного ребенка-инвалида за счет развития его сильных качеств. Нахождение индивидуального стиля общения ребенка со взрослыми и сверстниками, а также преодоление тех трудностей, которые возникают у него при соблюдении определенных правил поведения и общения, дает ребенку-инвалиду возможность раскрыть свои потенциальные способности и таким образом стимулирует его личностный рост, повышает уверенность в собственных силах и закрепляет положительное отношение к окружающему миру в целом и к успешной социализации.

## 2.3. Особенности социализации инвалидов

Проблема социализации инвалидов является одной из наиболее актуальных в настоящее время, что связано с несколькими причинами. В условиях глобализации происходит расширение пространства межличностных контактов, взаимодействия между людьми разных культур, разных социальных и этнических групп, но ограниченные возможности граждан могут отяготить процесс коммуникаций.

Умение выстраивать отношения с окружающими в новой (меняющейся) реальности, находить продуктивные способы самореализации в различных ситуациях является одним из основных параметров *личностной зрелости*, что особенно важно для людей с ограниченными возможностями.

Значимой причиной повышения интереса к проблеме социализации является увеличение неопределенности, которая связана с происходящими трансформациями ценностей, норм, эталонов в современном изменяющемся мире. В обществе постоянно меняются «правила игры» даже в относительно стабильных социальных группах. Исходя из этого, можно констатировать, что процесс социализации как таковой происходит не только в детстве, но и на протяжении всего жизненного пути.

Не менее важным является тот факт, что успешная самореализация любого человека требует социального принятия окружающими результатов творческой активности инвалида. Современная социальная ситуация диктует необходимость становления активной и гибкой жизненной позиции, стимулирующей людей к использованию всех имеющихся у них потенциальных способностей для самореализации и личностного роста в рамках тех социальных условий и той культуры, в которой они растут и развиваются.

В любой науке существует ряд понятий, которые имеют достаточно широкое общепринятое значение. Зачастую они используются по самым разным содержательным поводам и, возможно, именно в силу этой востребованности постоянно критикуются за многозначность и расплывчатость. К таким понятиям явно можно отнести термин «*социализация*». С одной стороны, вопрос о процессе вхождения человека в социум, об организации, формировании его отношений с окружающей социальной средой всегда стоит в центре внимания почти всех гуманитарных дисциплин. С другой стороны, сам процесс так сложен, что по-разному может трактоваться не только в разных науках, но и в рамках одной науки – психологии.

Американский социолог *Н. Смелзер* определяет социализацию как процесс формирования умений и социальных установок индивидов, соответствующих их социальным ролям. Польский социолог *Я. Щепанский* понимает под социализацией влияния среды в целом, которые приобщают индивида к участию в общественной жизни, учат его пониманию культуры, поведению в коллективах, утверждению себя и выполнению различных социальных ролей.

В различных словарях социализация определяется как:

- процесс усвоения индивидом на протяжении его жизни социальных норм и культурных ценностей того общества, к которому он принадлежит;
- процесс усвоения и дальнейшего развития индивидом социально-культурного опыта;
- процесс становления личности, обучения и усвоения индивидом ценностей, норм, установок, образцов поведения, присущих данному обществу, социальной общности, группе;
- сложный, многогранный процесс включения человека в социальную практику, приобретения им социальных качеств, усвоения общественного опыта и реализации собственной сущности посредством выполнения определенной роли в практической деятельности.

Термин «социализация», несмотря на его широкую распространенность, не имеет однозначного толкования среди различных представителей психологической науки. В системе оте-

чественной психологии употребляется еще два термина, которые порой предлагают рассматривать как синонимы слова «социализация» – *развитие личности* и *воспитание*.

Иногда к понятию социализации вообще высказывается довольно критическое отношение. В содержание этого понятия некоторые авторы включают процесс «вхождения индивида в социальную среду», «усвоения им социальных влияний», «приобщения его к системе социальных связей» и т. д. Процесс социализации представляет собой совокупность всех социальных процессов, благодаря которым индивид усваивает определенную систему норм и ценностей, позволяющих ему функционировать в качестве члена общества.

Г. М. Андреева (2001) определяет *социализацию* как двусторонний процесс, включающий в себя, с одной стороны, усвоение индивидом социального опыта путем вхождения в социальную среду, систему социальных связей; с другой стороны, процесс активного воспроизводства индивидом системы социальных связей за счет его активной деятельности, активного включения в социальную среду. Человек не просто усваивает социальный опыт, но и преобразовывает его в собственные ценности, установки, ориентации. Этот момент преобразования социального опыта фиксирует не просто пассивное его принятие, но предполагает активность индивида в применении такого преобразованного опыта, т. е. в известной отдаче, когда результатом ее является не просто прибавка к уже существующему социальному опыту, но и его воспроизводство, т. е. продвижение его на новую ступень. Понимание взаимодействия человека с обществом при этом включает в себя понимание в качестве субъекта развития не только человека, но и общества, что объясняет существующую преемственность в таком развитии. При такой интерпретации понятия социализации достигается понимание человека одновременно как объекта, так и субъекта общественных отношений.

Первая сторона процесса социализации – усвоение социального опыта – это характеристика того, как среда воздействует на человека; вторая его сторона характеризует момент воздействия человека на среду с помощью деятельности. Активность позиции личности предполагается здесь потому, что всякое воздействие на систему социальных связей и отношений требует принятия определенного решения и, следовательно, включает в себя процессы преобразования, мобилизации субъекта, построения определенной стратегии деятельности.

Таким образом, процесс социализации в этом его понимании ни в коей мере не противостоит процессу развития личности, но просто позволяет обозначить различные точки зрения на проблему.

В самом общем плане все подходы к процессу социализации можно разделить на две различные парадигмы: созревание и индивидуальный путь развития.

С одной стороны, большинство теорий социализации исходят из идеи существования некоторого идеального, нормативного процесса, с которым и сопоставляется течение социализации конкретного ребенка, группы детей и т. д. Условно это направление может быть названо *парадигмой созревания*. Согласно этому направлению существует четкая последовательность этапов, смена которых более или менее жестко связана с определенными возрастными границами, а последовательность определяется некоторой внутренней логикой, присущей этому процессу. Классическим примером такой концепции является периодизация З. Фрейда. Для Э. Эриксона развитие личности в обществе задается психоаналитическими закономерностями, во многом «разбавленными» некоторыми социальными факторами. Другая влиятельная современная система взглядов на социализацию принадлежит ученику Ж. Пиаже Л. Колбергу, который отождествляет этот процесс с моральным развитием личности.

При всей непохожести этих концепций их объединяет представление о том, что существует некий правильный, идеальный процесс социализации, к которому следует стремиться, по которому нужно оценивать конкретную ситуацию развития. Однако обе эти теории нарушают жесткость представлений парадигмы созревания. Э. Эриксон частично, а Л. Колберг полностью отказываются от жесткой связи этапов и возраста; для каждого из них процесс социализации

зации растянут на всю жизнь человека. Можно сказать, что современная ситуация в психологии характеризуется переходом к новой идеологии, суть которой сводится к тому, что жизненный путь каждой личности уникален и неповторим. В каждый отдельный момент перед человеком предстает бесконечность вариантов его развития, и выбор направления движения связан с огромным числом возможностей и имеет вероятностную детерминацию.

Новая система взглядов на процесс социализации, условно называемая *парадигмой индивидуального пути развития*, в основных принципах принимается подавляющим большинством психологов. Наиболее полно эти принципы были сформулированы американскими психологами Л. Р. Шерродом и О. Г. Бримом-младшим:

1) развитие является принципиально плюралистическим как в процессе, так и в результате; ни процесс, ни конечный результат не могут считаться однонаправленными и ведущими к определенному конечному состоянию;

2) развитие имеет место от зачатия до смерти; пластичность сохраняется на всем жизненном пути; разные процессы развития могут начинаться, продолжаться и заканчиваться в различные периоды жизни;

3) индивидуальные различия в развитии бесконечны; вариабельность индивидуального развития может отражать изменчивость процесса развития в целом;

4) множественность детерминации развития; в разных областях различные факторы влияют на развитие;

5) человек – не только продукт, но и субъект своего развития.

Анализ процесса социализации в эпоху кардинальных социальных изменений еще раз подтверждает ограниченность и неадекватность попыток построения модели процесса идеальной социализации, а новая теоретическая парадигма оказывается значительно более подходящей, поскольку вхождение в изменчивый и непостоянный социальный мир, несомненно, имеет свои специфические особенности.

Таким образом, вопрос социализации, критериев и механизмов успешной социализации инвалидов является очень значимым и с теоретической, и с практической точки зрения. При этом конечной целью изучения факторов, влияющих на становление индивидуального стиля жизни, является анализ условий, способствующих интернализации, т. е. присвоению социальных норм и ценностей. Это связано с выработкой нового отношения, переживания новых знаний как своих, что достигается развитием мотивации, лежащей в основе нового поведения. С этой точки зрения одним из важнейших становится вопрос о механизмах интроекции внешних норм, ценностей и эталонов.

Социализация инвалидов рассматривается как процесс присвоения норм, ценностей и эталонов и формирования положительного отношения к ним. Критерием успешной социализации (социализированности) может быть социальная и профессиональная успешность – как карьерный рост, так и принятие группой, высокий социометрический статус в ней. Критерием успешной социализации, не фрустрирующей личностный рост человека, могут быть и дифференцированные представления человека о себе.

Расширение круга общения, появление новых норм и обязанностей приводит к уменьшению числа инвалидов, отрицательно или амбивалентно относящихся к себе. Например, ребенку-инвалиду могут помочь найти ту группу, которая его положительно оценит и примет, «новый статус» школьника, организовать общение со сверстниками и учителями. Относительная школьная успешность повышает и степень социализированности детей, а положительные переживания, связанные с возможностью соответствовать нормам, приводят к принятию и себя, и этих норм.

Анализ когнитивного и интенционального (эмоционально-ценностного) компонентов переживания в подростковом возрасте показал приоритетное значение именно когнитивного компонента, отражающего стремление подростков к осознанию своих собственных качеств и

дифференциации оценок окружающих. Развитие социальных переживаний связано с социализацией и процессом интериоризации мнений и установок окружающих и с самокатегоризацией, при этом подростки скорее принимают мнения и ценности близких взрослых и сверстников, но не стремятся к поиску других групп, более близких по ценностным ориентациям и стремлениям.

Процесс социализации и формирования социальной идентичности для всех подростков существенно облегчается в том случае, когда эталонами являются не обобщенные социальные нормы, но культурные ценности, заданные в виде конкретных персонажей (художественных, исторических) и опосредованные эстетическими переживаниями. Анализ переживаний, прежде всего социальных переживаний, связанных с отношением к ценностям и нормам, дает возможность выстроить более адекватные для принятия и интериоризации подростками способы усвоения моральных норм и эталонов поведения.

Через развитие эмоциональной сферы можно заложить знания так, чтобы сочетать индивидуальность, личностный рост и социализированность детей и подростков с ограниченными возможностями. Наиболее важным аспектом в процессе социализации являются социальные переживания, в той или иной степени связанные с эстетическими эталонами, так как культура, эмоционально воспринимаемая как единое целое, дает укорененность и устойчивость, необходимые для успешной социализации людям с ограниченными возможностями здоровья.

## 2.4. Особенности общения с инвалидами

Клиентами психологов, педагогов, воспитателей, работающих в социальной сфере, довольно часто являются инвалиды, люди с ограниченными возможностями здоровья самого разного возраста – дети, взрослые и пожилые. Безусловно, специалисты должны иметь знания в области возрастной психологии, иметь представления о специфике того или иного заболевания, ограничивающего жизнедеятельность человека. Вместе с тем не менее важным является *компетентность* в области психологии общения, или *коммуникативная компетентность*, которая рассматривается как система внутренних ресурсов, необходимых для построения эффективной коммуникации в определенном круге ситуаций личностного взаимодействия.

Определяя группу инвалидности, специалисты проводят анализ способности человека к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности, ориентации во времени и пространстве. При этом особое внимание уделяется способности к общению, которая включает:

- способность к восприятию другого человека (способность отразить его эмоциональные, личностные, интеллектуальные особенности);
- способность к пониманию другого человека (способность постичь смысл и значение его поступков, действий, намерений и мотивов);
- способность к обмену информацией (восприятию, переработке, хранению, воспроизведению и передаче информации);
- способность к выработке совместной стратегии взаимодействия, включающей разработку, проведение и контроль за выполнением планируемого с возможной при необходимости корректировкой.<sup>4</sup>

Коррекционная работа строится с опорой на диагностику клиента по данным критериям. Она направлена на адаптацию и социализацию инвалидов. Однако часто и сами специалисты социальной сферы недостаточно компетентны в области налаживания плодотворного, бесконфликтного общения, а порой испытывают значительные трудности в работе с инвалидами, ощущая тяжесть и собственную беспомощность во взаимодействии с такими клиентами.

Таким образом, в работе специалиста социальной сферы профессионально важными навыками являются;

- владение приемами эффективной коммуникации;
- умение построить беседу, учитывая индивидуальные особенности клиента, имеющего физические ограничения;
- умение обучить своих клиентов продуктивному взаимодействию.

## Основные теоретические аспекты общения с людьми с ограничениями здоровья

В социальной психологии принято выделять три основные стороны общения (Г. М. Андреева, 1996):

- 1) взаимное восприятие и понимание людьми друг друга (перцептивный аспект общения);
- 2) обмен информацией (коммуникативный аспект);
- 3) осуществление совместной деятельности (интерактивный аспект).

*Перцептивный аспект общения.* Речь человека тесно связана с невербальной коммуникацией, которая ее поддерживает, сопровождает и подчеркивает. Независимо от продолжительности общения партнеры по общению получают информацию друг о друге по их внеш-

---

<sup>4</sup> Холостова Е. И. Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие. – М.: Дашков и К, 2007. – С. 78.

нему облику. При этом взгляд, мимика, движения и жесты позволяют понять эмоциональное состояние партнера гораздо глубже, чем сказанные слова. К примеру, на обычный вопрос: «Как дела?» – воспитанный человек, не претендуя на время собеседника, как правило, ответит: «Окей!». Но глаза могут сказать гораздо больше слов.

Невербальное общение включает: телодвижения, позы; движения рук, жесты; движения и выражения лица; прикосновения; движения, выражения и контакт глазами; передвижения в пространстве.

Согласно данным современных исследований, передача информации происходит за счет вербальных средств (только слов) на 7 %, звуковых средств (включая тон голоса, интонации звука) на 38 %, а за счет невербальных средств на 55–65 %.

Невербальное поведение человека неразрывно связано с его психическими состояниями и служит средством их выражения. В процессе общения невербальное поведение выступает объектом истолкования не само по себе, а как показатель скрытых для непосредственного наблюдения индивидуально-психологических и социально-психологических характеристик личности. На основе невербального поведения раскрывается внутренний мир личности, осуществляется формирование психического содержания общения и совместной деятельности.

Большинство людей в процессе общения чаще всего концентрируют свое внимание на лицах партнеров и больше всего на глазах, которые оказываются видимым центром человека для воспринимающего субъекта. **Взгляд** – важный элемент в установлении отношений и формировании эмоциональной вовлеченности собеседника. То, как долго и насколько часто смотрят на человека другие, влияет на его эмоциональную и поведенческую реакции.

Исследования *миимики* были сконцентрированы на изучении того, как она связана с процессами внешнего проявления внутренних переживаний человека. Результаты многих исследований доказывают, что невербальные сигналы сообщают об эмоциях более убедительно. Посредством мимики человек неосознанно демонстрирует то, что он переживает, делая это явным для других. При этом точность и тонкость дифференцирования выражений лиц и соответствующих им состояний у разных людей неодинаковы.

Изучению особенностей восприятия человеком лиц других людей и дифференциации их выражений посвящено много исследований. Авторы этих работ стремятся проследить, как развивается способность распознавать эмоциональные состояния по выражению лица по мере формирования личности воспринимающего, выявить характерные особенности распознавания у людей, страдающих расстройством психического здоровья, установить основания, которыми руководствуются люди, определяя выражения лиц, соответствующие разным эмоциональным состояниям.

Характер распознавания человеком эмоциональных состояний может иметь диагностическое значение. А. А. Бода-лев приводит в качестве примера исследование С. Ванденберга и М. Маттиссона, в котором авторы изучали, насколько точно определяют выражения лиц, соответствующие различным эмоциональным состояниям, шизофреники и другие душевнобольные по сравнению со здоровыми людьми. Испытуемым предлагались наборы фотографий мужских и женских лиц, выражающих состояние радости, печали, беспокойства, страха, гнева, смущения, презрения, удивления и подозрения. Исследователи установили, что нарушение внутриличностных связей и потеря социальных коммуникаций, характерные для больных шизофренией, а также для страдающих некоторыми другими видами душевных расстройств, в каждом случае определенным образом снижают способность правильно определять выражения лиц.<sup>5</sup>

Проявление эмоций с помощью невербальной коммуникации может противоречить или заменять то, что выражается с помощью языка. При таких обстоятельствах невербальная ком-

---

<sup>5</sup> Бодалев А. А. Восприятие и понимание человека человеком. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982. – 200 с.

муникация более убедительна. Психолог, педагог, социальный работник в работе с клиентом обязательно должен увидеть это несоответствие и понять, что стоит за таким невербальным поведением человека. К примеру, человек старается говорить бодро, даже улыбается, но взгляд выдает тоску и печаль. Если оставить это без внимания, можно потерять действительный смысл того, что тревожит клиента.

На восприятие и понимание человека с ограниченными возможностями здоровья влияют следующие факторы:

- наличие заранее заданных установок, оценок, убеждений по отношению к инвалидам задолго до того, как реально начался процесс восприятия и общения;
- наличие уже сформированных стереотипов по отношению к инвалидам;
- стремление сделать преждевременные заключения о личности до того, как о нем получена исчерпывающая и достоверная информация.

## **Коммуникативный и интерактивный аспекты общения инвалидов**

Научная и житейская психология с давних пор пытаются объяснить поведение человека, научить взаимопониманию и взаимодействию, помочь создать такие отношения, которые способствуют личностному росту человека.

Особенности общения и его влияние на психическое здоровье не были в центре внимания работ основоположников психотерапии. Однако в процессе лечения пациентов, страдающих психическими заболеваниями, ученые-практики стремились помочь им осознать скрытые причины заболевания. Спрятанные глубоко в подсознании тревога и напряженность, чувство вины или неспособность разрешить конфликт так или иначе связаны с общением человека с конкретными людьми. Изучение истории жизни пациентов, начиная с раннего детства, свидетельствует о том, что общение со значимыми людьми оказывает влияние на развитие и психику не только ребенка, но и взрослого человека.

Отечественные психологи *А. Н. Леонтьев, Б. Г. Ананьев, М. М. Бахтин, В. Н. Мясищев* и другие в своих трудах рассматривали общение как важное условие психического развития человека, его социализации и индивидуализации, формирования личности.

Коммуникативный и интерактивный аспекты общения в зависимости от вида нарушения жизнедеятельности человека и от времени возникновения нарушения той или иной функции имеют свои особенности.

*При выраженных нарушениях слуха* страдает именно основное средство коммуникации – речь, ее восприятие. Огромное значение играет возраст, в котором человек теряет слух (есть ли зачатки речи, или ребенок не слышал никогда речь взрослого и звуки окружающего его мира). Нарушение слуха сказывается на нормальном формировании словесного мышления, что, в свою очередь, ведет к нарушению восприятия, познания, развития личности. Из-за речевых нарушений задерживается общение, обеспечивающее совместную со взрослыми деятельность с предметами. Происходит отставание формирования перцептивных обобщений, предметных представлений. В связи с отсутствием воздействия речи взрослого и ее эмоционального тона формы эмоционального общения недоразвиваются уже с самых ранних этапов жизни. Это подтверждает положение *Л. С. Выготского* о механизмах влияния первичного дефекта на возникновение сложного иерархического ряда вторичных нарушений, определяющих развитие ребенка в целом.

Частота нарушений слуха по мере старения возрастает лавинообразно. Если среди лиц в возрасте 40–50 лет плохо-слышащих всего 6 %, то среди лиц в возрасте 50–60 лет их уже 25 %, в возрасте 60–70 лет – около 40 %, а среди лиц старше 70 лет плохослышащих уже свыше половины. Многие пожилые люди не слышат тихие голоса, высокочастотные звуки, такие, как

пение птиц или звонок телефона. Они испытывают трудности при общении с большой группой людей или в сложной акустической среде (поликлиника, вокзал, сберкасса). Потеря слуха перекрывает каналы, по которым к пожилому человеку поступает информация. Это нередко ведет к ухудшению коммуникации и снижению социальной активности.

*При частичной или полной утрате зрения* человек испытывает большие трудности не только в самообслуживании, передвижении, ориентации, обучении, трудовой деятельности, но и в общении. В связи с дефицитом зрения окружающая среда воспринимается им с помощью других анализаторов. Преобладающей становится информация акустическая, тактильная, кинестетическая, цветоцветовая.

Приобретает значение форма и фактура предметов и материального мира в целом. Особую роль в жизнедеятельности слепых играет слух. Компенсаторная приспособляемость организма наделяет слепого фоточувствительностью кода, дающей возможность различать не только контуры, но и цвета крупных объектов.

Ограничение способности к общению – наиболее частое ограничение жизнедеятельности *психически больных*. Степень выраженности его может быть различной: сужение круга лиц, входящих в сферу общения, сокращение объема информации либо полная утрата способности общения.

Немаловажным является знание специалистами специфических особенностей того или иного заболевания, препятствующих налаживанию взаимоотношений с окружающими. Как пишет К. Хорни в своей книге «Невроз и личностный рост», самым фундаментальным отличием людей такого склада является вечное сомнение в реальности своего бытия. Чувство тревоги, которое всегда сопутствует нечеткости восприятия, стимулирует воображение и порождает тягостные предчувствия, заставляющие человека в той или иной мере дистанцироваться от общества.

Люди с неясным переживанием материальной ситуации склонны к тревожной мнительности. Их не оставляет ощущение, что мимо внимания прошло что-то важное, в окружающем мире действуют непонятные (а значит, недружественные) силы, где-то таится угроза, но не обнаруживает себя явно. Люди, нечетко воспринимающие социальную реальность, испытывают тягостное предчувствие, что могут попасть в неловкое положение. Им кажется, что они не замечают в отношениях окружающих чего-то важного, стараются уловить скрытый смысл происходящего, во всем видят намеки на обстоятельства, понятные другим, но незамеченные ими. Такая впечатлительность тягостна для человека и вынуждает его строить многочисленные и многообразные психологические барьеры, что не может не отразиться на продуктивном общении.

Безусловно, есть ряд психических заболеваний, при которых взаимодействие и взаимопонимание затруднено из-за тяжелых поражений головного мозга. Однако несомненно и то, что психолого-педагогическая работа с психически больными людьми способствует организации посильного для человека общения с окружающими, результатом чего часто является улучшение общего состояния больного. Важное место в программе социальной реабилитации инвалидов с психическими расстройствами занимает обучение семьи отношению к больному и созданию благоприятной микросреды, поддержанию контактов с социальными службами.

Особую группу среди инвалидов с психическими расстройствами составляют люди с *умственными нарушениями*.

Наличие умеренной и тяжелой умственной отсталости ведет к проблеме отсутствия навыков межличностного общения в среде здоровых людей, несформированности потребности в таком общении, неадекватной самооценке, негативному восприятию других людей, гипертрофированному эгоцентризму, склонности к социальному иждивенчеству. Жизнедеятельность ребенка с умеренной и тяжелой умственной отсталостью не предусматривает широкого контакта со сверстниками. Если молодой человек содержится в психоневрологическом интернате,

то его окружают люди со схожими социально-психологическими и коммуникативными проблемами; если он содержится дома, то с ним рядом находятся только родные и близкие.

Особенности психики и недоразвитие высших психических процессов и свойств личности умственно отсталого сужают круг его отношений и связей, сфера и масштаб их действия более ограничены, более элементарны и просты, менее интимны и разнообразны, отличаются прямым, непосредственным характером. Образующиеся внутриколлективные отношения и связи носят индивидуальный характер, часто они находятся на уровне переживаний. Эти отношения менее гибки, менее устойчивы, носят чисто ситуационный характер.

Отношение к людям с ограничениями здоровья в последнее время меняется: теперь их воспринимают не как пациентов, нуждающихся в уходе, которые не вносят своего вклада в общественное развитие, а как людей, которые нуждаются в том, чтобы были устранены барьеры, препятствующие занятию ими достойного места в обществе. Эти препятствия не только социального, юридического характера, но также и существующие еще в общественном сознании рудименты отношения к инвалидам только как к жертвам биологической и социальной ущербности.<sup>6</sup> К таким препятствиям относятся эмоциональный и коммуникативный барьеры, возникающие при взаимодействии инвалида с окружающими.

*Эмоциональный барьер* является двусторонним, т. е. он может складываться из непродуктивных эмоциональных реакций окружающих по поводу инвалида (любопытства, насмешки, неловкости, чувства вины, гиперопеки, страха) и фрустрирующих эмоций инвалида (жалость к себе, недоброжелательность по отношению к окружающим, ожидание гиперопеки, стремление обвинить кого-то в своем дефекте, стремление к изоляции и т. д.). Подобный комплекс затрудняет социальные контакты в процессе взаимоотношений инвалида и его социальной среды. Сам инвалид и его ближайшее окружение остро нуждаются в том, чтобы эмоциональный фон их взаимоотношений был нормализован.

*Коммуникативный барьер.* Расстройство общения – одна из наиболее трудных социальных проблем инвалидов – является следствием и физических ограничений, и эмоциональной защитной самоизоляции, и выпадения из трудового коллектива, и дефицита информации. Поэтому закономерно, что восстановление нормальных для возраста и социального статуса коммуникаций является одной из наиболее значимых целей социальной реабилитации инвалида.<sup>7</sup>

В связи с этим, безусловно, необходимо проводить работу по гармонизации этих взаимоотношений. Она должна быть в первую очередь направлена на преодоление негативных стереотипов как на макроуровне – уровне массового сознания, так и на микроуровнях – в органах социальной защиты и здравоохранения, в коллективе, где учится или трудится инвалид, в семье и школе. Помимо создания общего положительного фона в отношении инвалидов, содержанием такой работы должно стать просвещение.

---

<sup>6</sup> Петросян В. А. Равные права, равные возможности для людей с ограничениями здоровья. – М., 2010. – С. 48.

<sup>7</sup> Холостова Е. И. Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие. – М.: Дашков и К, 2007. – С. 34.

## 2.5. Психологическое консультирование детей с ограничениями здоровья и их родителей

Проблемы семей, воспитывающих детей с инвалидностью, разнообразны и многоплановы. К ним относятся как сложности, непосредственно связанные со специфическими особенностями той или иной инвалидности, так и различные внешние факторы, оказывающие негативное воздействие на родителей таких детей.

Зачастую психологическая помощь родителям детей с инвалидностью оказывается несвоевременно и не соответствует стоящим перед ними проблемам. Вследствие этого у родителей может формироваться неадекватное, а зачастую и негативное отношение к своему ребенку. Это обстоятельство может иметь серьезные последствия отрицательного характера для формирования *личности* ребенка с инвалидностью.

Помимо необходимости проведения психокоррекционной работы в области межличностных отношений родителей и ребенка-инвалида, как правило, встает вопрос необходимости психологической коррекции отношений между матерью и отцом ребенка с инвалидностью, матерью и родственниками отца ребенка с инвалидностью, матерью ребенка с инвалидностью и ее родственниками, ребенком с инвалидностью и его здоровыми братьями и сестрами.

Анализ взаимоотношений в таких семьях позволяет выделить следующие типичные характеристики:

- чрезмерная гиперпротекция;
- потворствование одним потребностям ребенка и игнорирование других его потребностей;
- минимизации обязанностей и запретов для него;
- неустойчивость типа воспитания;
- наличие воспитательной неуверенности;
- фобии потери ребенка и проекция на ребенка собственных нежелательных качеств.

При изучении подростков-инвалидов специалисты пришли к выводу о ведущей роли психического и личностного здоровья в инвалидизации человека.

Психологическими параметрами психического и личностного здоровья подростка-инвалида выступают:

- *отношение к себе*, Я-концепция как система представлений о самом себе, на основе которой он строит свое взаимодействие с другими людьми и относится к себе. В Я-концепцию входит несколько компонентов:

- когнитивный (образ своих способностей, внешности, социальной значимости);
- эмоциональный (самоуважение, самолюбие и т. д.);
- оценочно-волевой (стремление повысить самооценку, завоевать уважение и т. д.);
- *отношение к другим*: этот параметр касается характера взаимодействия в микросоциальных отношениях, в кругу значимых других;

- *отношение к болезни* как комплекс переживаний и ощущений больного, интеллектуальных и эмоциональных реакций на болезнь, лечение и взаимодействие с окружающими. Квалификация отношения к болезни является основой коррекции неадекватных позиций и выбора адаптивных стратегий поведения;

- *специфика развития эмоционально-волевой и интеллектуальной сфер*: важно увидеть, что наиболее подвержено дефекту, что сохранно. Для задач психологического консультирования наиболее значима оценка уровня зрелости психических функций, наличие или отсутствие элементов психического инфантилизма, выделение благоприятных прогностических факторов как предпосылок успешной социальной адаптации клиента;

- *тип и уровень адаптации* как характеристика процесса приспособления к условиям и требованиям социальной среды;

- *уровень регуляции поведения* и деятельности как единство энергетических, динамических и содержательно-смысловых аспектов включает в себя: способность к целеполаганию, планированию жизненных целей; степень произвольности, осознанности, опосредованности речью психической деятельности; степень рефлексии; энергетический фон.

Специалисты особо отмечают качественное своеобразие развития человека, имеющего дефект. Качественное своеобразие подростка-инвалида задается законом о диалектическом превращении органической неполноценности через субъективное чувство неполноценности в стремление к компенсации и сверхкомпенсации.

При рассмотрении процесса компенсации в психологическом консультировании важно ориентироваться на ряд положений, раскрывающих ее сущность и механизмы:

1. Дефект является препятствием, которое актуализирует внутренние силы к выздоровлению и социальной полноценности.

2. Любая помощь человеку с дефектом должна опираться на компенсаторные возможности – именно они выступают на первый план в развитии как его движущие силы.

3. Компенсация имеет целенаправленный характер. Ее цели зависят, с одной стороны, от внутренних стремлений человека к целостности, а с другой стороны, от социальных требований и ожиданий и направлены на достижение определенного социального типа. Социальная полноценность есть конечная цель, так как все процессы сверхкомпенсации направлены на достижение определенного социального типа, т. е. на устранение социальных последствий, связанных с дефектом.

4. Успешность компенсации имеет двойную обусловленность факторами внешнего (социального) и внутреннего (психологического) характера.

5. Компенсация – это результат целенаправленных действий. Компенсаторные силы создают возможность преодоления. Сверхкомпенсация есть крайняя точка одного из двух возможных исходов. Другой полюс – неудача компенсации, бегство в болезнь, полная асоциальность психологической позиции.

6. Путь к полной компенсации сложен и тяжел. Ценность для человека имеет не сам дефект и связанные с ним страдания, а их преодоление. Идея испытания есть средство для пробуждения сопротивления и развития ранее не задействованных сил и резервов.

Оказывая психолого-педагогическую поддержку ребенку-инвалиду, необходимо учитывать следующие параметры его коммуникативно-поведенческой, эмоционально-волевой и личностной сфер:

- стремление ребенка к контакту со взрослыми членами семьи (родителями, прауродителями, опекунами);

- стремление ребенка к контакту с братьями и сестрами;

- стремление ребенка к контакту со сверстниками;

- стремление ребенка к контакту с чужими лицами (учителем, воспитателем и др.); характер взаимодействия (доброжелательность, негативизм, инициативность в осуществлении контакта);

- преимущественная форма контакта (вербальная, тактильная, зрительная, опосредованная);

- ситуации, вызывающие коммуникативные трудности у ребенка;

- наличие паралингвистических средств общения: жестов, мимики, поз и др.;

- особенности и характер поведенческих проявлений (оптимизма, тревожности, застенчивости, агрессивности, истеричности, отгороженности и замкнутости);

- особенности выражения глаз и лица (тревожность, страх, радость, агрессия, отстраненность);

- особенности преобладающего эмоционального фона (оптимистический, нейтрально-деловой, тревожный, депрессивный, неуверенный, мрачный и др.);
- характер и содержание высказываний (оптимистичные, неуверенные, агрессивные и мрачные);
- наличие переживания дефекта и формы его проявления (депрессия, тревожность, агрессия и др.).

Наблюдение за родителями и опекунами детей-инвалидов осуществляется по нескольким параметрам. Учитываются следующие факторы:

- стремление (отсутствие стремления) к установлению адекватных контактов с ребенком;
- стремление (отсутствие стремления) к установлению адекватных контактов с другими лицами, членами семьи;
- форма и характер взаимодействия с ребенком;
- форма и характер взаимодействия с другими лицами;
- особенности коммуникативного поведения во взаимодействии с ребенком и другими лицами (доброжелательность, ласковость, жесткость, грубость, безразличие и др.);
- особенности применения паралингвистических средств общения с ребенком (мимики, жестов, поз);
- особенности использования разнообразных форм досуга (игр, экскурсий, прогулок, вечеров чтения и др.) для общения с ребенком;
- выбор преимущественной формы контакта с ребенком (вербальный, тактильный, зрительный, опосредованный контакт, т. е. через кого-то).

На основании полученной информации и наблюдаемых личностных реакций, невербального поведения (тональности разговора, вибрации (дрожания) голоса), поведенческих реакций детей и родителей, выявленных в процессе беседы строится план коррекционной работы, который, безусловно, в дальнейшем изменяется и дополняется.

Коррекция эмоционально-волевых, коммуникативно-поведенческих и личностных проблем у детей-инвалидов осуществляется с учетом уровня их интеллектуальных возможностей и выраженности нарушений в психической сфере. Основными целями психокоррекционной работы с детьми, имеющими инвалидность, в рамках психологической помощи семьям являются:

- формирование эмоционально теплых отношений детей к их родителям и другим близким лицам;
- развитие у детей адекватной установки на доброжелательное восприятие окружающего социального мира;
- формирование нравственных установок и адекватных поведенческих навыков.

В рамках формирования адекватных способов взаимодействия родителей с детьми психолог осуществляет:

- коррекцию неконструктивных форм поведения матери (агрессия, необъективная оценка собственного поведения и поведения ребенка, примитивизация поведения и др.);
- формирование продуктивных форм контакта в социуме (с ребенком, членами семьи, родственниками, специалистами коррекционного учреждения, другими лицами);
- обучение умению любить ребенка, умению сдерживать гнев, раздражение, возникающие в ответ на неумелость или психофизическую недостаточность ребенка;
- коррекцию понимания матерью проблем ее ребенка, а именно: постепенную нейтрализацию отрицания наличия проблем, когда мать ребенка из позиции защиты и позиции противопоставления себя социуму («Он у меня такой, как и все») переходит в позицию взаимодействия («А как его научить? Я не умею»);
- постепенное исключение гиперболизации проблем ребенка, бесперспективности его развития («Из него никогда ничего не получится»);

– постепенное исключение ожидания чуда, которое внезапно сделало бы ребенка совершенно здоровым, переориентировку матери с позиции бездействия на позицию деятельности с ребенком;

– коррекцию взаимоотношений с ребенком (из взаимоотношений, характеризующихся как гиперопека, к оптимальным взаимоотношениям, проявляющимся в уважении личности ребенка и предоставляющим ребенку достаточную его возможностям самостоятельность);

– расширение сферы творческого взаимодействия с ребенком.

В рамках переструктурирования иерархии жизненных ценностей родителей ребенка с инвалидностью психолог:

– осуществляет коррекцию внутреннего психологического состояния родителей (состояние неуспеха, связанное с недостаточностью ребенка, должно постепенно перейти в понимание возможностей ребенка, в радость от «маленьких успехов» ребенка);

– формирует у родителей установку на ценность существования ребенка независимо от его психофизических ограничений и на ценность духовного общения с ним (ценно то, что он любит родителей, а родители любят его);

– содействует трансформации установки родителей из позиции переживания за своего ребенка по поводу его недуга в позицию творческого поиска реализации возможностей ребенка;

– способствует повышению личностной самооценки родителей на основе результатов их титанического труда, наблюдаемых в успехах ребенка;

В работе психолога с родителями выделяются четыре этапа:

I этап – привлечение родителей к коррекционно-образовательному процессу, в который вовлечен ребенок;

II этап – психолог убеждает родителей ребенка в том, что именно в них нуждается ребенок, что именно они могут оказать ему самую необходимую помощь;

III этап – формирование у родителей интереса к процессу развития ребенка, демонстрация им возможностей существования маленьких, но очень важных для ребенка достижений, родители обучаются отрабатывать дома с ребенком те задания, которые дает психолог;

IV этап – развитие у родителей чувства успешности и психолого-педагогической компетентности в работе с ребенком.

Роль психолога в данной работе с родителями в сравнении со значением деятельности других специалистов является первостепенной. Привлекая родителей к работе с ребенком, психолог дает им возможность испытать радость успеха, закрепить стенические эмоциональные реакции. Это позволяет рассматривать образовательный процесс как психокоррекционный. Главная задача специалиста – продемонстрировать родителям возможность поиска и обретения выхода из создавшейся ситуации путем реализации их собственной деятельности.

Только деятельность и творческий процесс, направленный на созидание (развитие ребенка), могут вывести родителей из состояния тревоги, отчаяния и позволят им обрести новые жизненные ориентиры. В итоге воспитательная и обучающая деятельность родителей содействует перестройке их личностей на принятие ребенка-инвалида, на объективную оценку его достоинств и недостатков.

Психолог не только обучает родителей определенному минимуму педагогических знаний, но и внушает им уверенность в успехе их деятельности, помогает осознать потребность в этой деятельности.

В процессе проведения коррекционных занятий самосознание родителей детей-инвалидов оптимизируется. Этот процесс направлен не столько на раскрытие внутреннего психологического конфликта (недуг ребенка с выраженными нарушениями развития может быть неизлечим), сколько на переориентировку родителей с общепризнанных моделей ценностей (ребенок не может быть неполноценным, он должен родиться здоровым, интеллектуально и физически

сохранным), которые были у них сформированы в виде родительских репродуктивных установок до рождения ребенка с инвалидностью, на общечеловеческие ценности.

Происходит формирование новых жизненных ориентиров у родителей относительно ребенка-инвалида. Кредо матери в результате проведенных занятий трансформируется в формулу: «Я счастлива от того, что у меня есть ребенок, я люблю его, а он любит меня». Те же процессы происходят и в сознании отца ребенка: «Я люблю этого ребенка. Он слаб. Он нуждается в моей силе и помощи. Он принес мне счастье».

Психокоррекционный процесс в работе с семьей, в которой воспитывается ребенок-инвалид, направлен на изменения в трех плоскостях измерений: когнитивной (познавательной), эмоциональной и поведенческой.

На сегодняшний день хорошо зарекомендовали себя психологические занятия – *тренинги* для родителей детей-инвалидов. Задача психолога, организующего такие занятия, заключается в том, чтобы помочь участнику группы расширить существующий в его сознании собственный образ Я путем интеграции полученной информации (специально спрограммированных типичных ситуаций, в которых приходится бывать участнику группы, а также личностно-философских установок, полученных частично от психолога, частично от других лиц путем анализа примеров из жизни реальных или литературных героев, и т. д.).

## **Вопросы и задания для самопроверки**

1. Какова структура идентичности?
2. В чем причина возникновения коммуникативных барьеров?
3. В чем отличие социализации от адаптации?
4. В чем особенности социализации инвалида?
5. Каковы возможности интеграции инвалида в обществе?
6. Опишите индивидуальные особенности инвалидов и их влияние на восприятие и понимание людьми друг друга.
7. Назовите основные тенденции коммуникативных проблем межгруппового общения инвалидов.
8. Что такое конформизм, его достоинства и недостатки? 9. Опишите технологии психосоциальной работы с детьми-инвалидами.

## Литература для углубленного изучения темы

1. Алмазов Б. Н. Социальное отчуждение (Психолого-педагогический аспект) – М.: Дата Сквер, 2010.
2. Андреева Г. М. Социальная психология. – М.: Аспект-Пресс, 2002.
3. Лабунская В. А. Экспрессия человека: общение и межличностное познание. – Ростов н/Д: Феникс, 1999.
4. Психология развития: Учебник для студ. высш. псих. и пед. учеб. заведений / Т. М. Марютина, Т. Г. Стефаненко, К. Н. Поливанова и др.; Под ред. Т. Д. Марцинковской. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 352 с.
5. Социальная психология: Хрестоматия: Учебное пособие для студентов вузов / Сост. Е. П. Белинская, О. А. Тихомандрицкая. – М.: Аспект-Пресс, 2000. – 475 с.
6. Столяренко Л. Д. Психология делового общения и управления. – Ростов н/Д: Феникс, 2005.
7. Холостова Е. И. Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие. М.: Дашков и К, 2007.
8. Шипицына Л. М. Обучение общению умственно отсталого ребенка: Учебное пособие. – СПб.: ВЛАДОС Северо-Запад, 2010.

## Глава 3. Инновационные технологии социально-психологической работы с детьми с ограничениями здоровья

### 3.1. Методы и приемы реабилитации детей-инвалидов

Реализация принципов в планировании и содержании коррекционно-развивающего обучения и воспитания обеспечивается комплексом общих и специальных методов.

#### Диагностические методы

**Метод обобщения независимых характеристик** (консилиум) заключается в обработке информации, поступившей на ребенка из разных источников: от родителей, врачей, социальных работников, психологов, педагогов-дефектологов, логопедов. Результатом деятельности команды специалистов, использующей данный метод, является разработка основных направлений индивидуального маршрута развития ребенка.

**Метод изучения анамнестических данных** включает анализ медицинских карт, т. е. истории болезни ребенка, и беседы с родителями с целью определения причин нарушения, течения заболевания, особенностей раннего развития, получения сведений о наличии ранней коррекционной работы, если таковая проводилась до поступления ребенка в учреждение.

**Метод изучения документации психолого-педагогической и медицинской служб учреждений:** планы работы всего учреждения, записи врача-невропатолога/психоневролога, врача ЛФК в истории болезни, заполняемые каждые три месяца; планы работы учителей-дефектологов, логопедов, психолога и воспитателей (перспективные и ежедневные), дневники наблюдений за детьми, групповые журналы.

Таким образом проводится комплексный анализ образовательной среды конкретного учреждения. Результаты анализа могут служить формированию адекватного представления о качественном составе контингента учреждения и уровне коррекционно-развивающей и воспитательной работы, быть источником постановки научной проблемы.

**Коррекционно-развивающие методы.** Организация коррекционно-развивающей работы осуществляется с использованием общедидактических наглядных и практических методов, включением методического арсенала реабилитационных и психотерапевтических технологий.

**Наглядные методы.** Наглядность является важным составляющим элементом специально организованных занятий и предметно развивающей среды, формируемой в доме-интернате. С помощью наглядных средств становится возможным создание четких и конкретных образов изучаемых предметов/объектов, ориентирование детей-инвалидов в окружающем пространстве, облегчается усвоение предлагаемого материала, активизируется деятельность детей.

#### Технология пиктограмм

Пиктограммы используются в качестве вспомогательного средства для формирования адекватных и дифференцированных представлений об окружающем мире и компенсации нарушенной коммуникативной функции. Накопление и использование ребенком системы графических знаков позволяет активизировать процессы общения и обучения, расширять

импрессивный и экспрессивный (невербальный) словарь, создавая, таким образом, базу для формирования вербальной речи.

## Коммуникационные доски

В названии технологии отражена цель ее использования – формирование и реализация коммуникативных потребностей ребенка. Доска представляет собой наборное полотно с комплектом фотографий или реалистично выполненных иллюстраций (картинок) по темам, определяемым специалистами для каждого ребенка. Разработка содержания и оформления коммуникационных досок осуществляется с учетом интеллектуальных, зрительных, двигательных и речевых возможностей детей. Содержание доски меняется по мере его усвоения ребенком. Определенным этапом в работе с доской является включение карточек со словами, соответствующими изображению. Вводятся элементы обучения глобальному чтению.

Использование различных форм альтернативной (невербальной) коммуникации позволяет активизировать деятельность ребенка с выраженной интеллектуальной недостаточностью, развивать его когнитивные возможности, создавать ощущение психологической комфортности и безопасности. Включение описанных технологий в работу специалистов, работающих с «безречевыми» детьми, расширит и обогатит их методический арсенал.

## Практические методы

В процессе применения практических методов основным источником знаний становится деятельность детей. Выполняя практические задания с предметами/объектами (наблюдения, постановка опытов, программированные работы и др.), дошкольники приобретают чувственный опыт, необходимый для формирования устойчивых образов восприятия. Активное использование практических методов придает обучению деятельностный характер, что позволяет оптимизировать процессы развития и коррекции личности ребенка-инвалида.

В настоящее время накоплен опыт использования реабилитационных и психотерапевтических технологий в качестве методов, оптимизирующих пути и способы развития и коррекции несформированных/нарушенных функций у детей-инвалидов. Таковыми являются иппотерапия, песочная терапия, игровая терапия (ролевые и социально-ориентирующие игры) и т. п. Каждый из этих методов имеет свои правила организации, определенный арсенал приемов, направленных:

- на формирование Я-концепции;
- на развитие эмоционально-волевой сферы, исполняющей роль регулятора поведения ребенка на основе отражения значимости различных ситуаций для его жизнедеятельности;
- на обогащение сенсорно-перцептивной деятельности;
- на установление конструктивных межличностных отношений.

Коррекционная направленность этих методов реализуется в мероприятиях, основной целью которых является снижение эмоциональной и сенсорной депривации ребенка, устранение искаженного формирования Я-концепции, трудностей установления и поддержания различных форм общения.

Одним из методов коррекции личностного развития детей с ДЦП является лечебная верховая езда (ЛВЕ) – *иппотерапия*, которая включает комплекс мероприятий, направленных на коррекцию опорно-двигательного аппарата, нарушений вертикализации, тренировку вестибулярного аппарата, развитие эмоционально-волевой сферы. Психологическими показателями проведения занятий по иппотерапии является наличие стойких эмоциональных нарушений, стереоагнозии, нарушения координации движений, нарушения произвольного внимания, нарушения ориентировки в пространстве, раннего детского аутизма, двигательной растормо-

женности. Занятия иппотерапией оказывают гармонизирующее воздействие на эмоциональное и физическое состояние ребенка-инвалида. У него возникает побудительный мотив, направленный на преодоление своего недуга, стимулирующий самостоятельные активные действия. Расширяются его контакты с внешним миром, обогащается коммуникативная сфера. Ребенок, сидя верхом, вынужден постоянно общаться с инструктором, выполнять его задания, тем самым обеспечивая себе безопасное положение и выход из затруднительных ситуаций, следовательно, обучаясь самоконтролю. ЛВЕ обеспечивает формирование правильного восприятия схемы тела и образа тела. Тем самым уменьшается разрыв между идеальным образом тела и реальным, что приводит к снижению возможности возникновения невротических состояний. ЛВЕ открывает новые возможности в логопедической работе: иппотерапия помогает не только закрепить полученные ранее на логопедических занятиях навыки правильного речевого дыхания, но и способствует увеличению объема дыхания, нормализации его ритма. Логопедическая работа в рамках ЛВЕ состоит из дыхательной гимнастики, удлиняющей выдох и активизирующей внутренние межреберные мышцы и подвижность диафрагмы, постановки сбалансированного резонанса, расширения диапазона голоса, увеличения его силы.

К инновационным технологиям психотерапевтической работы с детьми можно отнести песочную терапию, которая находит все более широкое признание у практиков.

**Песочная терапия** (sandplay) – один из психотерапевтических развивающих методов, направленных на разрешение личностных проблем через творчество и игру. Специалисты рассматривают песочную терапию в качестве эффективного метода помощи ребенку в адаптации к любым серьезным изменениям в жизни.

Метод построен на сочетании невербальной (процесс построения композиции) и вербальной (рассказ о готовой композиции, сочинение истории или сказки, раскрывающей смысл композиции) экспрессии детей. Как самостоятельное направление с хорошо разработанной теоретической базой и богатым эмпирическим материалом, песочная терапия чаще всего применяется в контексте арт-терапевтического и игротерапевтического подходов. Традиционно песочная терапия используется в психологической работе с детьми, начиная с трех лет.

Единственным противопоказанием использования песочной терапии является аллергия на песок.

В качестве основных материалов используется песок, вода, формочки, совочки, сито и маленькие игрушки. В подносе с влажным или сухим песком ребенок располагает миниатюрные объекты и создает образы. Используя осязание, обоняние и зрение, он воплощает в физическую форму свои самые потаенные созидательные и бессознательные мысли и чувства. Песочная терапия с помощью активного воображения и творческой символической игры является практическим, основанным на опыте методом, который может создать мостик от бессознательного состояния к сознательному, от умственного и духовного к физическому и от невербального к вербальному. Композиция, построенная ребенком, используется психологом для исследования его актуальных эмоциональных состояний и чувств. Использование песочной терапии в работе психолога позволяет снять у детей чувство тревоги и неуверенности, повысить самооценку, вернуть доверие к людям. С помощью этого метода психолог добивается, чтобы дети ощущали себя в эмоциональной безопасности, приобретали адекватные способы адаптации в окружающем мире, учились лучше понимать себя и других.

**Арт-терапия.** Особое место в работе с детьми, находящимися в условиях стационара, отводится **арт-терапевтическим методам**, основанным на использовании различных изобразительных средств. Процесс изобразительного творчества является источником активного коррекционно-развивающего воздействия на формирование личности ребенка-инвалида. Изобразительная деятельность включает в себя два компонента: восприятие искусства и исполнительство. Казалось бы, у детей с интеллектуальной недостаточностью на первый план выступают трудности овладения изобразительной техникой, т. е. исполнительства. Однако этот факт

не мешает специалистам успешно разрабатывать и внедрять в практику работы инновационные технологии, направленные на развитие интеллектуальной и речевой деятельности, моторной функции рук детей, средствами изобразительной деятельности и конструирования. Организация совместной со взрослым творческой деятельности (рисования) обеспечивает развитие коммуникаций ребенка с окружающим миром, создание мотивационной основы деятельности, обогащение его чувственного опыта, формирование представлений об окружающем и их отражения в движении, рисунке и речи. Реализация этих задач осуществляется через комплекс упражнений с пальчиковыми красками, разработанных для детей (с двух с половиной лет) с ДЦП. Выделяются этапы работы: вводный, основной и этап включения. На вводном этапе:

- активизируется сенсорная сфера малыша (ощущения разной модальности, все виды восприятия, способы сенсорного обследования);
- устанавливаются первичные коммуникации в процессе совместной со взрослым деятельности (эмоциональные, ситуативные, предметные);
- организуются различные способы коммуникации (от сопряженных, сопряжено-отраженных действий для детей с низким уровнем двигательной активности до действий по показу для детей с более высоким уровнем двигательной активности);
- стимулируются различные способы эмоционального реагирования на ситуацию взаимодействия.

Воспитатель знакомит детей с материалами и инструментами (пальчиковыми красками, тычком и трафаретами, изготовленными из хозяйственных поролоновых губок). Привлекает внимание детей к плоскостному изображению реальных предметов: с помощью дидактических игровых приемов развивает у детей функцию соотнесения объемного и плоскостного изображения, формирует константность восприятия.

Основной этап работы заключается в ознакомлении ребенка с различными способами получения плоскостного изображения (пальцем, кулаком, ладошкой); в развитии на этой основе зрительно-моторной координации; в формировании качественной характеристики движений по таким параметрам, как произвольность, точность, направленность.

На этапе включения, когда рисование пальчиковыми красками в качестве специального приема используется специалистами в различных видах деятельности, формируются воображение и способы сотрудничества детей, совершенствуются основные технические приемы рисования, т. е. исполнительства.

**Игровой терапией** называют метод лечения или коррекции эмоциональных и поведенческих расстройств у детей. В основу этого метода положен свойственный ребенку способ взаимодействия с окружающим миром – игра. Основная цель игровой терапии в том, чтобы помочь ребенку выразить свои переживания наиболее приемлемым для него образом – через игру, а также проявить творческую активность в разрешении сложных жизненных ситуаций, отыгрываемых или моделируемых в игровом процессе.

В основе игротехники, направленной игротерапии лежат методические приемы и игры со структурированным игровым материалом и сюжетом. Это педагогически организованные ролевые игры, в которых дети берут на себя разнообразные социальные и сказочные роли и в специальной, создаваемой самими детьми игровой ситуации воссоздают деятельность и отношения взрослых и детей разного возраста. Согласно игровым ролям, они проявляют те качества, которыми в реальности обладают в малой мере: общительность, уверенность в себе, настойчивость, смелость и т. д., тем самым стимулируя и укрепляя многие существенные черты своего характера. Именно в роли скрыты коррекционные механизмы воздействия игры на познавательную и эмоционально-волевою сферу личности ребенка.

В качестве структурированного психотерапевтического средства с внутренним сюжетом успешно используются игры-драматизации, суть которых в разыгрываемых детьми ролях по какому-либо известному сюжету или по его поводу при обязательной свободе в выборе средств

и поворотов сюжетов. Корректирующие возможности игры заключены в педагогически контролируемой игровой ситуации, в которой дети общаются согласно ролям, но живущим в игровом поле сюжетной импровизации. В процессе игрового перевоплощения и общения корректируются подавляемые негативные эмоции, страх, неуверенность в себе, расширяются возможности детей в познавательной деятельности, в способности к коммуникации. В условиях стационара наиболее эффективны игры с сюжетом на такую бытовую тему, как «Кукла заболела», «День рождения» и т. п.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.