

Мир науки. Педагогика и психология / World of Science. Pedagogy and psychology <https://mir-nauki.com>

2019, №1, Том 7 / 2019, No 1, Vol 7 <https://mir-nauki.com/issue-1-2019.html>

URL статьи: <https://mir-nauki.com/PDF/52PSMN119.pdf>

Статья поступила в редакцию 13.02.2019; опубликована 04.04.2019

Ссылка для цитирования этой статьи:

Шахбанова З.Ш. Роль смысловых установок в генерировании благоприятной витальной стратегии у субъектов с ограниченными возможностями здоровья // Мир науки. Педагогика и психология, 2019 №1, <https://mir-nauki.com/PDF/52PSMN119.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ.

For citation:

Shakhbanova Z.Sh. (2019). The role of the semantic units in generating favorable vital strategy for people with disabilities. *World of Science. Pedagogy and psychology*, [online] 1(7). Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/52PSMN119.pdf> (in Russian)

УДК 159.9

ГРНТИ 15

Шахбанова Зарина Шарапутдиновна

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный педагогический университет», Махачкала, Россия

Аспирант

E-mail: sweet_heart05@mail.ru

Роль смысловых установок в генерировании благоприятной витальной стратегии у субъектов с ограниченными возможностями здоровья

Аннотация. Цель настоящей статьи заключается в изучении роли смысло-жизненных ориентаций в формировании поведенческой стратегии лиц с ограниченными возможностями здоровья. Примененные методы: анализ литературы и документов, обобщающих положение лиц с ограниченными возможностями здоровья в государстве и обществе; теоретическое осмысление проблем инвалидов в их взаимосвязи с государством и обществом. Результаты. В нашем отечестве, инвалиды рассматриваются обществом здоровых людей, как лица, кардинально отличающиеся от них в не лучшую сторону, лишённые долгосрочных перспектив, что вызывает у вторых либо неприятие людей с ограниченными возможностями как полноправных членов общества, либо жалость относительно них. Стигматизация влечёт дискриминацию, рационализирует недоброжелательность на основе социальных расхождений.

Специфические особенности социально-психологической адаптации инвалидов определяются, прежде всего, их индивидуальными особенностями и природой болезни (ее глубиной, периодом появления и отношением к ней самого субъекта). Более половины этих людей считают качество своей жизни неудовлетворительным и признают свое положение безнадежным. Притом, понятие удовлетворенности или неудовлетворенности жизнью обычно связано с нестабильным или недостаточным финансовым состоянием индивида с ограниченными возможностями здоровья, отсутствием возможности осуществить задуманное, реализовать способности, которые он мог бы развить в себе, вопреки недугу, но, увы, не имеет соответствующего материального базиса. Низкие доходы инвалида прямо пропорциональны его сомнению и отношению к собственной жизни.

Наблюдается снижение жизненной активности инвалидов, если она противоречит мотиву сохранения жизни. Проявляются самые разные типы «уходов» – в болезнь, в гиперактивность, которые, по сути, являются разными формами замещения одних целей

другими. Выводы. Основной задачей реабилитационного характера является объединение усилий как государственных органов, так и общественных и частных инициатив, групп самопомощи для наиболее полного удовлетворения потребностей в самореализации и повышения жизненного тонуса лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: смысложизненные стратегии; поведенческий стиль; мотив сохранения здоровья; социальная эксклюзия; психологические ресурсы; жизненная активность; психологическая поддержка

Ценности и смысложизненные ориентации отображают фундаментальные принципы субъекта с ограниченными возможностями здоровья, его мировоззрение, духовную сущность. Посредством существующей у него картины ценностей, он анализирует собственные действия, поступки, намерения, выборы, в силу чего исследование условий и закономерностей становления ценностно-смысловой сферы инвалидов приобретает особую актуальность [4, с. 6].

Для лиц, возможности здоровья которых стали ограниченными вследствие опасных для жизни заболеваний, таких как онкологические, инфаркт миокарда, инсульт и пр., либо хронических, но порождающих тяжелые расстройства деятельности жизненно важных органов и систем организма, ведущим мотивом, как правило, становится мотив сохранения жизни как таковой. Болезнь и наступающая следом инвалидизация интерпретируются как препона по направлению движения к более «важным» жизненным целям, нежели забота о собственном здоровье, которая в данный момент является не ключевой задачей, а лишь средством для выполнения обычной деятельности – работы, учебы, семейной жизни [2, с. 130]. Вся система отношений лица с ограниченными возможностями здоровья преобразовывается: значимость приобретают те события, которые отвечают данному мотиву, а остальные обесцениваются. Меняются и критерии оценки окружающих, включая медицинский персонал, и всю жизненную ситуацию в целом. Лица с ограниченными возможностями здоровья становятся менее внимательными к явлениям внешнего мира, превалирует философия фатальности судьбы. В поведении проступают стойкий критицизм, цинизм и чувственная холодность относительно других. Зачастую это сопряжено с увеличением эгоистической фиксации на себе, сензитивностью и болезненным восприятием отношения окружающих к себе. Все знакомые инвалидам типы деятельности, сформировавшиеся в преморбиде, начинают приобретать новый смысл [6, с. 13].

Со временем свершается качественная и количественная перестройка «внутренней позиции» субъекта, содержание и динамика которой отражают ведущие смысловые трансформации в конструкции личности. Представая в роли активного субъекта деятельности, человек, невзирая на инвалидность, продолжает им оставаться. Это выражается, главным образом в том, что при вновь явленном положении – в состоянии инвалидности – человек вырабатывает персональное представление об изменившихся жизненных обстоятельствах и о самом себе в настоящих условиях. В 1880 г. известный русский психиатр В.Х. Кандинский отметил то, что «болезненное состояние – это та же жизнь, но только при измененных условиях». Болезнь и следующая за ней инвалидность – всего лишь биологическая предпосылка перемены личности.

Перечисленные преобразования становятся объектом психической активности человека с ограниченными возможностями здоровья и проявляются в своеобразном, складывающемся в состоянии инвалидности, образовании – внутренней картине болезни (ВКБ). Специфика ВКБ позволяет предвещать вероятность возникновения многочисленных психических девиаций, аномальной перестройки личности в целом [9, с. 18]. Учитывая динамику ВКБ, можно делать

выводы о поэтапном преобразении жизненного кредо лица с ограниченными возможностями, о присвоении им социальной «роли» инвалида, о формировании нового смыслообразующего мотива – мотива сохранения здоровья, часто обращающегося в новый лейтмотив деятельности и детерминирующего постболезненную направленность личности. Потому-то ВКБ и считается узловым психологическим образованием, требующим консолидированного реабилитационного воздействия.

Есть различные качественные классификации разновидностей ВКБ, но в общем, исходя из восприятия недуга складывается поведенческий стиль, который подразумевает нижеприведенные вариации:

- компенсаторное поведение (борьба, адаптация);
- капитуляция перед болезнью;
- игнорирующее поведение – нежелание больного признавать изъян [1, с. 57].

Ссылаясь на классификацию витальных стратегий индивидов и групп, выдвинутую Т.И. Заславской, в виде вероятных поведенческих стратегий инвалидов стоит представить следующие:

1. Достижительные стратегии. Ведущей целью этой стратегии является повышение индивидуального статуса, объясняемое склонностью к подъему благосостояния, профессиональному продвижению, политической карьере, совершенствованию качества и образа жизни, возрастанию социального престижа.
2. Адаптационные стратегии определяются тяготением к социальному выживанию, поддержанию былого или минимально приемлемого социального статуса.
3. Регрессивные стратегии отличаются желанием субъектов либо выжить, либо забыться, отстраниться от жизненных невзгод даже ценой социальной изоляции, утраты социальных связей, минимального статуса и идентичности. Подобного типа поведение грозит погружением в самые нижние слои социума, на социальное дно.
4. Разрушительные стратегии являются ничем иным как результатом крайнего негодования, необратимой социальной изоляции. Воплощаются посредством массовых действий, порождающих серьезные социально-экономические последствия. Данные формы поведения подразумевают маргинализацию и люмпенизацию [3, с. 66].

Для большинства (хотя и не для всех) инвалидов типичны ипохондрические проявления – беспокойство за свое самочувствие, концентрация на болезненных симптомах. Однако, существует определенная когорта людей с ограниченными возможностями здоровья, характеризующаяся обратным восприятием своего недуга. Они недооценивают драматизм сложившейся ситуации, убеждены в собственном здравии или уверены, что в скором времени окончательно исцелятся. Наиболее часто, подобная позиция присуща инвалидам с последствиями детского церебрального паралича (ДЦП), предпочтительно в детском и юношеском возрасте [8, с. 29]. В какой-то степени, это сопряжено с бытующей системой воспитания таких детей-инвалидов: в домах-интернатах (иногда в семьях) им интенсивно внушается, что они абсолютно, без каких бы то ни было ограничений, "полноценны". Вторая причина – функционирование механизмов психологической защиты, т. е. бессознательное вытеснение тяжелых, травмирующих переживаний. Преуменьшение серьезности собственного состояния проявляется порой в неадекватном выборе профессии: обладая ограниченными двигательными возможностями, люди всерьез стремятся стать пилотами, военными либо журналистами-международниками. Такой подход сулит человеку с ограниченными

возможностями здоровья некоторый психологический комфорт, но только до тех пор, пока он не вынужден встретиться с реальностью лицом к лицу. Итогом подобного столкновения становится глубокая психическая травма, нередко провоцирующая психопатические расстройства [7, с. 83].

Некоторые лица с ограниченными возможностями здоровья смогли рассмотреть свой недуг с положительной стороны. По их мнению, болезнь сделала их более чуткими, отзывчивыми, добрыми. В ряде случаев, не что иное как инвалидизирующее состояние побудило людей мобилизовать все свои силы для достижения таких успехов в определенных сферах жизнедеятельности (работа, искусство, общественная жизнь), на которые, с их точки зрения, они не смели бы даже надеяться, будучи здоровыми.

Изучение социально-психологических особенностей взаимодействия субъектов с ограниченными возможностями здоровья с социальной средой продемонстрировало их позитивное расположение к здоровым людям. Вместе с тем, у большинства из них прослеживается неудовлетворенная потребность в коммуникации с последними. Для подавляющей части инвалидов типично сужение круга общения, в который входят лица с аналогичными формами дефекта [5, с. 128]. Зачастую лица с ограниченными возможностями, не способные выполнять какую-либо продуктивную и творческую деятельность, тратят все свое время и энергию на общение по телефону или интернету. При завязывании новых отношений и контактов, люди с ограниченными возможностями здоровья предстают социально незрелыми, остро ощущают свою неполноценность, отторжение социальной средой. Формирование социальных связей затруднено такими чертами как застенчивость, ранимость, обидчивость, повышенная чувствительность к критическим замечаниям, эгоцентризм.

Основная масса инвалидов не получила высшего образования. Не все из числа трудоустроенных инвалидов довольны своей заработной платой. Ко всему прочему, отсутствует физический доступ к рабочему месту и соответствующее оборудование, не хватает доступного транспорта, да и сами инвалиды, как мы уже упоминали выше, переживают из-за низкой самооценки, не готовы самостоятельно выходить на рынок труда, а когда они приступают к работе, то частенько не справляются за неимением поддержки и даже под влиянием прямого моббинга [10, с. 91].

Итак, витальные стратегии инвалидов, могут носить как положительный, так и отрицательный оттенок, в связи с чем их психологическое сопровождение в ходе инклюзии подразумевает не коррекцию дефектов, а поиск латентных ресурсов развития личности: опору на личностные возможности и создание на этой основе психологических, социальных и педагогических условий для реконструкции образа мира, образа "Я", а также установления плодотворных связей с самим собой, иными людьми, миром в целом; формирование адаптивности – способности самостоятельно достигать относительного равновесия в отношениях с собой и окружающими как в благоприятных, так и в трудных жизненных ситуациях.

На первых порах может возникнуть необходимость в интенсивной психологической помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья наряду с тем, что им нужен повышенный уход. Но по мере того, как силы и подвижность возвращаются к ним, больным могут потребоваться консультации, курсы по профессиональной переквалификации, содействие в трудоустройстве либо навестывании учебной программы.

Одним из основных индикаторов социально-психологической адаптации инвалидов является их позиция относительно своей жизни, ввиду чего целесообразность содействия в оптимизации их самовосприятия и материальных условий полностью оправдывается. Для этого необходимо сделать образовательный процесс более достижимым, дабы приумножить

вероятность подъема по социальной лестнице. В методическом аспекте требуются специализированные решения, например, базирующиеся на модернизированных информационных технологиях, дистанционном обучении, специально созданном под определенные целевые группы, учебные курсы. Изучение данного вопроса демонстрирует недостаточную представленность негосударственных образовательных заведений в стратегии получения дополнительного образования. Данный факт указывает на слабую активность общественных институтов, коммерческих компаний в оказании образовательных услуг, их неготовность трудиться на данном рыночном сегменте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б. Инвалид и общество: социально-психологическая интеграция // Социс. 2013. № 5. С. 57.
2. Иванова Т.Ю. Теория сохранения ресурсов как объяснительная модель возникновения стресса // Психология. Журнал Высшей школы экономики. М. – 2013. № 3. С. 119–135.
3. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 2014. – 487 с.
4. Маллаев Д.М., Омарова П.О., Магомедова А.Н. Роль семьи в социализации детей с ограниченными возможностями здоровья. – Москва: СМУР "Academa", 2008. – 180 с.
5. Пехунен Р. Задачи развития и жизненные стратегии // Психология личности и образ жизни / под ред. Е.В. Шороховой. – М.: ИП РАН, 2007. – С. 125–129.
6. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. Питер, 2006. – 607 с: ил. – (Серия «Учебник для вузов»).
7. Рейзер Р. Социальный и медицинский подходы к инвалидности. В кн.: Инвалиды: к независимой жизни. – Издательство РООИ «Перспектива». 2000. – С. 83–84.
8. Соколова Е.В. Отклоняющееся развитие: причины, факторы и условия преодоления [Текст]: монография / Е.В. Соколова; М-во образования и науки РФ, Новосибирский гос. пед. ун-т. – 2-е изд. – Новосибирск: НГПУ, 2014. – 283 с.
9. Ткаченко, В.С. Проблемы интеграции людей с нетипичными социофизиологическими свойствами в общество // Интеграция людей с инвалидностью в российское общество: теория и практика // Под ред. В.К. Шаповалова. – М.: Муравей, 2006. – С. 10–21.
10. Шаповал И.А. Специальная психология. – М., 2014, 224 с.

Shakhbanova Zarina Sharaputdinovna

Dagestan state pedagogical university, Makhachkala, Russia

E-mail: sweet_heart05@mail.ru

The role of the semantic units in generating favorable vital strategy for people with disabilities

Abstract. The aim of this article is to explore the semantic role of attitudes in shaping behavioral strategies for persons with disabilities. Applied methods: analysis of literature and documents, summarizing the situation of persons with disabilities in the state and society; theoretical understanding of disability issues in their relationship with government and society. Results. In our country, people with disabilities are considered by the society of healthy people as persons who are radically different from them for the better, deprived of long-term prospects, which causes the second either rejection of people with disabilities as full members of society, or pity for them. Stigmatization leads to discrimination, rationalizes ill-will based on social differences.

The specific features of the social and psychological adaptation of disabled people are determined, first of all, by their individual characteristics and the nature of the disease (its depth, the period of occurrence and the attitude of the subject to it). More than half of these people consider their quality of life unsatisfactory and recognize their situation as hopeless. Moreover, the concept of satisfaction or dissatisfaction with life is usually associated with an unstable or insufficient financial condition of an individual with disabilities, the lack of opportunity to implement his plans, to realize the abilities that he could develop in himself, despite the illness, but, alas, does not have an appropriate material basis. Low income of a disabled person is directly proportional to his/her self-esteem and attitude to his/her own life.

For the persons with disabilities is typical a decrease of vital activity, if it is contrary to the motive of preserving life. There are very different types of "treatments" – in disease, hyperactivity, which, in fact, are different forms of substitution of some other purposes. Conclusion. The main objective of a rehabilitation nature is to unite the efforts of governmental bodies, public and private initiatives, self-help groups to best meet the needs of self-actualization and increase the vitality of persons with disabilities.

Keywords: semantically-life strategies; behavioral style; the motive of health saving; social exclusion; psychological resources; life activity; psychological support