



# Развитие личности в трудной жизненной ситуации

Сергей Башаев

## МЕТОДЫ РАБОТЫ С ДЕПРЕССИВНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ ИНВАЛИДОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ НЕОБРАТИМЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

**Аннотация.** Обсуждаются методы, позволяющие работать с негативными психическими состояниями инвалида с необратимыми нарушениями опорно-двигательного аппарата. Показана значимость возможности дать самому инвалиду объективно осознать свою ситуацию, найти позитивный выход из депрессивных психических состояний, оказать психологическую поддержку и наметить пути преодоления (или смягчения) депрессии. Обсуждаются методы работы психолога с целью осознания инвалидами своей ситуации, поиска возможных выходов на более позитивный путь своего обыденного бытия. Инвалид должен знать, что уныние – это грех (православная мудрость).

**Ключевые слова:** инвалиды с приобретенными необратимыми нарушениями опорно-двигательного аппарата; депрессивные состояния; уныние – грех.

**Abstract.** Methods are discussed to work with negative mental states of the disabled person with irreversible musculoskeletal disorders. The significance of the possibility of giving the disabled person himself/herself an objective awareness of his/her situation, finding a positive way out of depressive mental states, providing psychological support and outlining the ways to overcome (or mitigate) depression is shown. The methods of work of the psychologist are discussed in order to make the disabled person aware of their situation and find possible ways out on a more positive path of their everyday life. A disabled person should know that being discouraged is a sin (orthodox wisdom).

**Keywords:** disabled people with acquired irreversible disorders of the musculoskeletal system; depression; discouragement is a sin.

Депрессия как типичное психическое состояние после инвалидизации

Одно из типичных последствий необратимых нарушений опорно-двигательного аппарата, по мнению врачей и психологов, является депрессия<sup>1</sup> [1, 2].

В большинстве случаев, имеет значение уровень повреждения спинного мозга и степень ограничения подвижности после перенесенной травмы. Высокий уровень поражения спинного мозга в пределах шейного отдела, может сопровождаться пониженной двигательной активностью рук. У таких инвалидов вероятность депрессивного психического состояния выше, нежели у инвалидов с уровнем поражения спинного мозга в пределах грудного, поясничного или грудопоясничного отдела позвоночника.

Депрессия считается адекватной последствиям травмирующему событию

Депрессия считается ожидаемой реакцией на такое травмирующее событие как необратимые нарушения опорно-двигательного аппарата. После получения травмы, человек хорошо осознает всю тяжесть своей ситуации. Это событие приводит к тому, что у него опускаются руки и нет желания бороться. Он начинает стесняться своего физического и психического состояния, уходит от общения с друзьями и знакомыми, психологически закрывается от прежних друзей, близких. Чувство печали и утрата прежнего образа жизни являются схожими для этих инвалидов, особенно в первые месяцы после получения травмы. Эти чувства сфокусированы на собственной никчемности, на потере смысла жизни, на отчуждении. В данном психическом состоянии инвалид может пребывать в течение длительного периода, который может неоднократно повторяться.

Место практикующего психолога в диаде инвалид-психолог

Для практикующего психолога, инвалид – всегда *субъект*<sup>2</sup>, как и он сам. Он не объект.

Для меня, как психолога, в контексте работы с депрессивными психическими состояниями инвалидов, *сам инвалид субъект, он личность*. Отечественный психолог Валерия Сергеевна Мухина рассматривала человека как *социальную единицу и уникальную личность*.

1 *Депрессия* [лат. *deprimō* давить (вниз), подавить] – психическое расстройство, сопровождающееся угнетенным, подавленным состоянием.

2 *Субъект* [лат. *subjectus*]: 1. Человек, познающий внешний мир и активно воздействующий на него своей практической деятельностью; 2. Человек в качестве личности: *личность – индивидуальное бытие общественных отношений*.

Согласно В.С. Мухиной, «личность – это индивидуальное бытие общественных отношений» [3, с. 233]. Нельзя не согласиться с тем, что «личность всегда представлена в конкретном историческом бытии и находится с ним в сложном диалектическом единстве и противоречии» [4, с. 129]. Понимание этой идеи необходимо и для практикующего психолога.

Инвалид имеет право на индивидуальное бытие

В случае работы с инвалидами с приобретенными необратимыми нарушениями опорно-двигательного аппарата психолог работает прежде всего с *личностью инвалидов*. Прежде всего психолог должен поддерживать его право на *индивидуальное бытие*: в его состоянии инвалида, поддерживать его надежды и чаяния, психологически сопровождая его и пытаясь укрепить его душевно-духовное состояние.

Австрийский психолог Альфред Адлер (1870–1937) справедливо писал: «...корнем проблемы является не органическая неполноценность, а социальная неприспособленность, которая за ней следует. Этот факт свидетельствует о возможностях обучения и воспитания. Если человека обучить социально приспособляться, то его органические повреждения вполне могут превратиться из помех в ценные качества» [5, с. 129].

Возможные формы психологической работы

Для того, чтобы точно выявить депрессивные психические состояние у инвалида после перенесенных необратимых нарушений опорно-двигательного аппарата, возможны следующие формы психологической работы:

- *включенное наблюдение* психолога и его рефлексии на поведение и состояние инвалида;
- *доверительная, эмпатийная беседа*, целенаправленно построенная психологом с инвалидом с необратимыми нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- проведение теста – опросника депрессии Бека, выявляющего специфику депрессивных состояний.
- определение общего уровня депривированности личности с помощью глубинного самоанализа структурных звеньев самосознания по В.С. Мухиной.

Обратимся к обсуждению всех названных выше методов работы с инвалидами.

Включенное наблюдение

**I. Включенное наблюдение** – метод, который был впервые назван и применен в XIX веке Фрэнком Гамильтоном Кушингом (1857–1900), американским этнографом, защитником прав индейцев. Отличительной чертой исследования является то, что оно подходит для изучения социальной группы «изнутри» в особых условиях среды [6, с. 62].

В отечественной психологии, данный метод включенного наблюдения использовался советским и российским ученым Анатолием Викторовичем Мудриком (1941 г.р.), как один из

главных методов в психолого-педагогических исследованиях [7, с. 109–116].

Идея этого метода перешла во многие его модификации и стала достоянием психологического изучения поведения и личности человека.

Место проведения включенного наблюдения

В нашем случае, обстановкой для проведения исследования служит реабилитационный центр. Для меня было важно, наблюдая со стороны поведение и эмоции инвалида: видеть, как каждый из их числа взаимодействует с другими инвалидами, сколь долго проходит срок адаптации к среде, в которой он оказался на этот раз, в условиях реабилитационного центра. Включенное наблюдение позволяет сочетать соучастие и отстраненность, что позволяет сохранить объективность. При этом мною проводятся:

- анализ ситуативного поведения моих подопечных;
- изучение отдельных типичных действий и стиля общения, который использует человек с инвалидностью при общении с такими же как он, а также со здоровыми людьми.

Я работаю в среде реабилитационного центра с теми, кто получили необратимые нарушения опорно-двигательного аппарата, где находятся пациенты с аналогичными проблемами, со схожими нарушениями и с тем же официально приобретенным статусом «инвалид».

Включенное наблюдение содействует в работе психолога

Включенное наблюдение помогает мне, как психологу, рефлексировать на поведение инвалида, видеть, насколько согласовано совместное взаимодействие с сотрудниками реабилитационного центра внутри малой группы инвалидов, к числу которой принадлежит субъект моего наблюдения. Важно наблюдать и видеть, как происходит смена представлений инвалида о своей личности и как он научается адекватному восприятию текущей ситуации, как происходит осознание собственных стереотипов и как развивается его объективная рефлексия на самого себя. В идеале, не смотря на статус «инвалид», цель психологической поддержки сводится к тому, чтобы инвалид не растерял навык отношения к себе как к субъекту коммуникативной связи и понимания его личного влияния на окружающий мир.

Включение инвалида в общественную среду

Объективное восприятие и оценка своих проявлений среди других являются важной стороной межличностных отношений. Включенное наблюдение позволяет объективно анализировать, насколько инвалид с необратимыми нарушениями опорно-двигательного аппарата способен адекватно воспринимать, познавать и оценивать другого инвалида (своего и противоположного пола) со схожими нарушениями. Развитие всех компонентов коммуникативной компетентности инвалида –

одно из основных направлений включения инвалида в общественную среду, групповое взаимодействие, где есть другие инвалиды со схожими нарушениями и схожими субъективными переживаниями. Профессиональная рефлексия помогает увидеть и понять социальную активность, социальные позиции, ценностные ориентации инвалида.

Доверительная беседа с инвалидом

**II. Доверительная эмпатийная беседа.** Позволяет психологу убедительно показать человеку, что он, *слушая слышит, понимает его эмоции*, обязательно сохранит тайны исповедальной беседы. Важно добиться эмоционального сближения.

Так как у меня самого тоже приобретенные необратимые нарушения опорно-двигательного аппарата, я с позиции инвалида, могу хорошо понять другого инвалида, его чувства, его тревожность, обеспокоенность своим состоянием.

Мой статус инвалида в той же сфере, что и у других, безусловно содействует сближению с моими подопечными и готовности к доверительному общению. Внешнее физическое сходство: сама инвалидность из-за поврежденного позвоночника и передвижение с помощью инвалидной коляски, повод для большего доверия к тому, что я могу понять физическое и психическое состояние моих подопечных, их эмоции и чувства.

Доверительная беседа с инвалидом помогает мне понять, на какой стадии принятия себя он находится (отрицание, гнев, «торговля», депрессия, принятие). Я буду уделять специальное внимание депрессивному психическому состоянию и буду всеми силами стараться вывести инвалидов, которых я опекаю, из депрессивных психических состояний.

Запретная тема беседы на первых этапах знакомства психолога с инвалидом

Я исхожу из того, что не следует начинать беседу с вопросов о травмирующем событии. Такое начало общения бестактно и может причинить моральную боль.

Я провожу беседу в реабилитационном центре с теми инвалидами, которые находятся на первичном курсе реабилитации. Благодаря правилам центра, у меня уже есть краткий анамнез физического состояния каждого из инвалидов.

Беседа начинается непринужденно, с обсуждения текущего плана заведения, с обсуждения целей и задач, которые инвалид ожидает от реабилитации. В ходе общения, если сам инвалид затрагивает травмирующее событие, можно деликатно включиться в обсуждение этой проблемы. Например, какие ощущения, чувства и трудности человек испытывает в момент получения травмы.

Позже, в контексте собеседования, обсуждаем его чувства спустя первый месяц (или два месяца) после этого тяжелого события. Обсуждаем то, как изменились его ощущения, чувства и эмоции, на протяжении последующего времени жизни.

Внешнее физическое сходство психолога и его подопечных – инвалидность самого психолога – результата общей по сути трагедии, позволяет другим инвалидам легче идентифицировать себя с тем, кто готов помочь, будучи сам инвалидом с той же проблемой, что и члены вверенного сообщества инвалидов. Я получаю согласие рассказать каждому инвалиду-колясочнику, что с ним происходит, чего ему ожидать от себя в будущем, потому что я уже обрел некий опыт инвалида-колясочника. Вначале представления человека о себе подобной инвалидизации довольно синкретичны.

Безусловно, обсуждение самой инвалидности и возможности психологической реабилитации придает силы инвалиду и дает надежду на изменение своего физического и психического статуса к лучшему.

Опросник депрессии Бека

**III. Опросник депрессии Бека.** Аарон Темкин Бек (1921–2021) – американский психотерапевт, профессор психиатрии Пенсильванского университета, является создателем такого направления как когнитивная психотерапия. Этот психотерапевт внес значительный вклад в область лечения депрессий. Его труды по когнитивной терапии широко применялись и продолжают применяться в работе с депрессивными больными.

В работе с депрессивными больными, А.Т. Бек и его коллеги в 1961 году разработали и предложили шкалу депрессии Бека (Beck Depression Inventory) на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб [8].

После соотнесения названного списка параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соответствующей литературе, был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4–5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии.

Структурные звенья самосознания личности

**IV. Структурные звенья самосознания (В.С. Мухина).** Самосознание отражает реальное бытие человека, его внутреннюю позицию, отношение к самому себе и к другим людям. Получив необратимые нарушения опорно-двигательного аппарата, важно, чтобы инвалид, в процессе психологического сопровождения научился реально, адекватно оценивать себя, и чтобы он научился думать и судить о себе рационально, подавляя негативные эмоции. Это длительный процесс, в ходе которого инвалид должен научиться принимать свои переживания

Содержательное наполнение структурных звеньев самосознания по В.С. Мухиной

по поводу травмирующего события и тяжелого последствия – невозможности снова ходить.

В.С. Мухина рассматривает развитие и бытие личности, через разработанную ею концепцию развития структурных звеньев самосознания. Структура самосознания состоит из пяти базовых звеньев. В.С. Мухина писала: «Я понимаю самосознание личности как универсальную, исторически сложившуюся и социально обусловленную психологически значимую структуру, присущую каждому социализированному индивиду, состоящую из звеньев, которые составляют содержание ключевых переживаний личности и выступают внутренними факторами рефлексии, ее отношения к самой себе и окружающему миру. Согласно моей концепции, самосознание человека как личности содержит пять звеньев» [3, с. 257]. И далее ученый перечисляет эти звенья: 1 – имя как социальный знак, 2 – притязание на признание, 3 – половая идентификация, 4 – психологическое время личности, 5 – психологическое пространство личности.

Перейду к описанию сущностной представленности всех пяти звеньев.

Соединение в индивидуальном сознании имени и образа тела

**1. Представление о своем имени и теле.** Получив необратимые нарушения опорно-двигательного аппарата, необходимо понимать, как сам инвалид относится к себе телесному в состоянии паралича нижних конечностей. На инвалида возлагается необходимость выразить свое личное отношение к своему поверженному, пострадавшему телу.

Сегодня, в XXI веке, человека с инвалидностью относят к социально незащищенной категорией граждан, к нему обращено повышенное заботливое внимание социального окружения. Этот факт положительно влияет на телесную оценку самого инвалида: социальное окружение поддерживает в инвалидах общественное принятие их как равных субъектов общества.

Притязание на признание

**2. Притязание на признание.** Инвалиду важно иметь признание. Так как мои подопечные инвалиды в возрасте от 18 до 35, необходимо узнать род деятельности, которой занимался человек до травмирующего события и по возможности, вернуть его в сферу выбранной профессии. Если человек работал, то восстановить трудоспособность в той же (или близкой к той) деятельности, а если это невозможно, то помочь с трудоустройством на другую, более щадящую работу. Также это относится и к продолжению получения образования, если травма произошла в момент обучения. В каждом отдельном случае психолог и его подопечный должны совместно обдумать возможные пути решения проблемы занятости.

Половая  
идентификация

Каждому полу  
соответствуют  
предписанные  
традиции

Находясь в новом статусе, инвалиду важно быть полезным и нужным как своему близкому, по положению, кругу окружения, так и обществу в целом. Необходимо помочь найти тот род деятельности, который будет инвалиду по силам и принесет удовлетворение.

**3. Половая идентификация.** Одно из самых значимых для подростков, юношей и молодежи, звеньев – половая идентификация. Человек обычно в условиях социального взаимодействия выступает как представитель мужского или женского пола. Психолог должен суметь работать с инвалидами как с мужчинами (юношами), так и с женщинами (девушками).

Чтобы точнее углубиться в понимание половой идентификации, я обращаюсь к идеям В.С. Мухиной и её трактовке этого феномена: «Половая идентификация – единство самосознания, мотивов поведения, поступков в обыденной жизни человека, причисляющего себя к определенному полу и принимающего на себя предписанную традициями соответствующую половую роль, а также телесную представленность в позах, жестах, движениях» [3, с. 609].

Обычно человеку присущ один из доминирующих гендеров – маскулинности или фемининности. Половая идентификация человека, осуществляемая на основе генотипических предпосылок и социальных условий его развития и бытия, приводит к тому, что человек видит себя как представителя мужского, либо женского пола.

*Считаю правильным призывать моих подопечных к мысли: «Пол, половая идентичность – это помимо внешних признаков пола мужчин или женщин у каждого пола проявляется присущий им психотип мужчины или женщины и социально принятые формы нормативно ожидаемых проявлений: от намерений до поступков».*

Эта тема требует специального внимания и глубоких, ответственных размышлений о тех юных и молодых, кто хорошо понимает меру ответственности каждого за себя, определивших себя в границах своего пола.

В работе с инвалидами, перенесшими необратимые нарушения опорно-двигательного аппарата и передвигающихся в инвалидной коляске, для меня, как практикующего психолога, следует учитывать тип гендерной идентичности личности. В это же понятие мною также включаются и сексуальные ожидания, потребности и поведение личности.

Важно знать и понимать, что эта тема является особо чувствительной для инвалидов, так как в большинстве своем, у них отсутствуют любовные и интимные отношения, что также является одной из причин депривации личности. Как уже было

выше сказано о значении доверительной эмпатийной беседы, я считаю важным деликатно раскрывать тему гендерной идентичности, интимной и романтической жизни инвалида-колясочника.

Психологическое  
время личности

**4. Психологическое время личности.** *Травмирующее событие*, после которого человек приобретает необратимые нарушения опорно-двигательного аппарата, является *разделяющим жизнь инвалида на прошлое, настоящее и будущее. Ставшему инвалидом, необходимо заново выстраивать свою жизненную перспективу. У каждого инвалида свое индивидуальное переживание своего физического, душевного и духовного состояния в настоящем, когда он потерял способность легко управлять своим телом и самостоятельно ходить.*

В большинстве случаев, у инвалидов, получивших травму в сознательном возрасте, преобладает эмоционально-негативное отношение к своему настоящему.

*Психологическое время личности для глубинной проработки проблемы оказания помощи самому себе – инвалиду адекватно реагировать на свой возможный, желаемый новый путь во времени и стремиться к объективной позитивной самооценке в разных сферах своей жизни – дома и в социальном пространстве.*

Социальное  
пространство  
личности

**5. Социальное пространство личности.** Для здорового человека чуждо примерять на себя статус «инвалида». Естественно, когда, получив необратимые нарушения опорно-двигательного аппарата, человек теряет привычное прежде социальное пространство. Как уже было сказано выше, переживая свое психологическое время в настоящем – в новом статусе, «инвалид», когда преобладает эмоционально-негативное отношение к себе телесному, должен научиться неустанно контролировать свои состояния (физическую и психическую слабость).

Нельзя оставлять  
инвалида без  
психологического  
сопровождения

Важно, чтобы инвалид после травмирующего события стремился к рефлексии на себя телесного, на свой внутренний мир. *Он должен научиться заново осознать свое место в контексте культуры и истории своей страны.*

Закljučая обсуждение заявленной проблемы, хочу отметить, что негативные последствия инвалидности могут привести к нарушению психического здоровья личности, к нарушению процесса социализации. При этом внутренних ресурсов человека как личности недостаточно для конструктивного преодоления депрессивного психического состояния без помощи психологического сопровождения.

Квалифицированное психологическое сопровождение является эффективным ресурсом, который реализуется

Уныние – грех

посредством индивидуальных и групповых форм работы психолога с инвалидами, получившими необратимые нарушения опорно-двигательного аппарата и, как писал об этом отечественный врач, доктор медицинских наук Д.В. Колесов (1936–2007), связанное с этим лишение себя «*потребности в веществе и энергии, а также половой потребности*» [9, с. 78].

*В нашем Отечестве каждый человек, способный осознать себя как социальную единицу и одновременно как уникальную личность имеет гражданское право всегда оставаться субъектом своей деятельности, которую он выбрал по своей склонности и внутреннему побуждению. Теперь дело за трудом, волеизлиянием, за способностью принять внешние обстоятельства и научиться упорно преодолевать объективные и субъективные трудности.*

Здесь я хочу указать на страшный недостаток, порок человеческого рода, – на уныние: мрачное подавленное состояние духа.

*Уныние в православии почитается большим грехом. Когда: «Унывает во мне душа моя ...» [Псалтырь, 41:7].*

*Я должен преодолеть это греховное состояние.*

*Я не забываю: Уныние – это грех.*

1. Соляник М.А. Диагностика депрессий <...> // Депрессии в общей медицинской практике / Учебно-методическое пособие. СПб., 2015. С. 31–34.

2. Незнанов Н.Г. Психиатрия / Учеб. М., 2020.

3. Мухина В.С. Личность: Мифы и Реальность (Альтернативный взгляд. Системный подход. Инновационные аспекты.): 7-е изд., исправленное, дополненное. М., 2020.

4. Мухина В.С. Возрастная психология: Феноменология развития и бытия личности: 18-е изд., исправленное и дополненное. М., 2022.

5. Адлер А. Проблемные дети // Наука жить. Киев, 1997.

6. Ступницкий В.П. Задачи и методы психологии <...> // Психология: Учебник для бакалавров / Ступницкий В.П., Щербакова О.И., Степанов В.Е. М., 2013. С. 60–68.

7. Мудрик А.В. Включенное наблюдение как метод психолого-педагогических исследований // Вестник Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета. Серия 4: Педагогика. Психология. 2017. № 47. С. 109–116.

8. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии = Cognitive Therapy of depression. СПб., 2003.

9. Колесов Д.В. Психофизиология удовлетворения // Биология и психология пола. М., 2000. С.78–123.

## REFERENCES

1. Solyanik M.A. Diagnostika depressij <...>. In: *Depressii v obshchej medicinskoj praktike*. Textbook. Saint-Petersburg, 2015. Pp. 31–34 (in Russian).
2. Neznanov N.G. *Psychiatry*. Textbook. Moscow, 2020 (in Russian).
3. Mukhina V.S. *Lichnost': Mify i Real'nost' (Al'ternativnyj vzglyad. Sistemnyj podkhod. Innovatsionnye aspekty.)*: 7<sup>th</sup> ed., rev., add. Moscow, 2020 (in Russian).
4. Mukhina V.S. *Vozrastnaya psikhologiya: Fenomenologiya razvitiya i bytiya lichnosti*: 18<sup>th</sup> ed., rev., add. Moscow, 2022 (in Russian).
5. Adler A. Problemnye deti. In: *Nauka zhit'*. Kiev, 1997 (in Russian).
6. Stupnitsky V.P. Zadachi i metody psikhologii <...>. In: *Psychology: Textbook for bachelors* by Stupnitsky V.P., Shcherbakova O.I., Stepanov V.E. Moscow, 2013. Pp. 60–68 (in Russian).
7. Mudrik A.V. Vklyuchennoe nablyudenie kak metod psikhologo-pedagogicheskikh issledovanij. In: *Vestnik Pravoslavnogo Svyato-Tihonovskogo gumanitarnogo universiteta. Seriya 4: Pedagogika. Psikhologiya*. 2017. No. 47. Pp. 109–116 (in Russian).
8. Bek A., Rash A., Sho B., Emeri G. *Kognitivnaya terapiya depressii = Cognitive Therapy of depression*. SPb., 2003 (in Russian).
9. Kolesov D.V. Psikhofiziologiya udovletvoreniya. In: *Biologiya i psikhologiya pola*. Moscow, 2000. Pp.78–123 (in Russian).

