



Развитие личности в трудной жизненной ситуации

Сергей Башаев

ПОСТРОЕНИЕ АБРИСА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ БЕСЕД С ИНВАЛИДАМИ-КОЛЯСОЧНИКАМИ В РАМКАХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

Аннотация. Обсуждаются этапы проведения индивидуальных бесед с инвалидами-колясочниками после приобретенной необратимой травмы опорно-двигательного аппарата. Представлены основные направления психологического сопровождения в стенах реабилитационного центра «Преодоление» в рамках первичного курса реабилитации после травмирующего события.

Показана значимость необходимости проведения индивидуальных бесед, учитывающих посттравматический стресс и фрустрацию от деструктивных факторов пережитой травмы.

Отдельное внимание уделено концепции «внутренней позиции личности» (В. С. Мухина) с целью ее укрепления как одному из главных этапов психологического сопровождения инвалидов после перенесенной необратимой травмы опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: инвалиды с необратимыми нарушениями опорно-двигательного аппарата; личность инвалида; индивидуальные беседы с инвалидом; внутренняя позиция личности инвалида-колясочника; проблемы принятия необратимой инвалидности.

Abstract. The stages of individual conversations with wheelchair users after acquired irreversible trauma of the musculoskeletal apparatus are discussed. The main directions of psychological support in the walls of the rehabilitation centre “Preodolenie” within the framework of the primary course of rehabilitation after the traumatic event are presented.

The importance of the necessity of individual conversations, taking into account post-traumatic stress and frustration from destructive factors of the experienced trauma is shown.

Special attention is paid to the concept of “internal position of personality” (V. S. Mukhina) in order to strengthen it as one of the main stages of psychological support of disabled people after irreversible trauma of the musculoskeletal system.

Keywords: *disabled people with irreversible locomotor disabilities; disabled person’s personality; individual conversations with a disabled person; internal position of a wheelchair user’s personality; problems of accepting irreversible disability.*

Введение

Не всегда человек может легко справиться со всеми проблемными жизненными обстоятельствами самостоятельно и принять случившуюся реальность, например, когда человек после необратимой травмы опорно-двигательного аппарата *остается пожизненно инвалидом*. Для такой категории инвалидизации особенно важна адаптация к новым условиям жизни и к изменившемуся состоянию собственного тела. Принятие новой жизненной ситуации – инвалидизации и изменение телесного потенциала становится новой проблемой.

Психологические
изменения человека
после инвалидизации

Вслед за получением необратимой травмы с человеком, ставшим инвалидом, неизбежно происходят психологические изменения. Если не прорабатывать необратимые последствия травмы, то в дальнейшем это может негативно сказаться на психическом состоянии и физическом здоровье инвалида. Необходимость найти новые способы организации своего тела во времени и пространстве требует осознания потери телесного потенциала и развития у себя адекватной случившемуся несчастью внутренней позиции человека, который не сдаётся и стремится сделать для себя все, чтобы продолжать жить, а не существовать в горе и печали. Инвалидизация реально травмирует не только тело, но и психику человека, снижая потенциал его социального статуса.

Тяжесть физического
и психического
состояния инвалида

В состоянии получения необратимой телесной травмы и психической нестабильности у инвалида, безусловно, увеличивается масштаб тяжести его физического и психического состояния. Однако он может впасть в необратимое состояние уныния¹, неверный путь для реабилитации своего тела и психики.

Когда произошло несчастье, инвалид может сам лишиться себя возможности вести, как прежде, активную жизнь. Он стремится занять позицию пассивного существования (замирает, невольно стремится держать свое тело в возможном расслаблении и покое). Человеку, попавшему в эту ситуацию, нужно

¹ См.: Вл. Даль: «Унывать, падать духом, отчаиваться, терять всякую бодрость и надежду, не находить ни в чем утешения».

Инвалид не должен отказываться от места активной личности

принципиально поменять отношение к себе самому как к активному человеку, как к социальной личности. Человек, получивший инвалидизацию, из сочувствия к самому себе ощущает готовность кардинально поменять свою жизнь – перейти к пассивному состоянию. Смене психологической позиции сопутствует потеря интереса к смыслу жизни.

Однако каждый человек, несмотря на инвалидизацию, должен продолжать развиваться как личностно, так и профессионально. Моя задача как будущего психолога состоит в том, чтобы помочь инвалиду (такому же, как и я) справиться с последствиями необратимой травмы, принять себя настоящим и при этом ни в коем случае не отказываться от позиции активной личности.

Психологическое сопровождение обсуждаемой категории инвалидов является весьма трудоемким процессом: необходимо разобрать чрезвычайно сложную жизненную ситуацию, когда человек получил необратимую травму и теперь пожизненно обречен находиться в инвалидной коляске. Он стесняется быть в обществе, заводит отношения с представителями противоположного пола. Он закрывается в себе («уходит в себя»).

1. Психический статус человека, перенесшего необратимую травму

Психическое состояние, в котором оказывается человек, получивший необратимую травму, переживается им как острое горе. Независимо от степени психической устойчивости или подготовленности (что характерно для людей опасных профессий), травмирование с перспективой пожизненной инвалидизации воспринимается как катастрофа. Острая стрессовая реакция – это естественный ответ на чрезвычайные обстоятельства травмирования и его последствия. Из-за невозможности быстрой адаптации человек реагирует на травму патологически. Необратимая травма опорно-двигательного аппарата оставляет глубокий след в психическом состоянии человека, и пережить самостоятельно это шокирующее событие невозможно. Когда человек сталкивается с травматичным событием такой силы, его психический и эмоциональный отклик на него настолько сильный, что он не может быстро и эффективно адаптироваться к последствиям. Такое поведение и реакция называются патологическими, потому что связаны с негативными эмоциями, снижением качества жизни и нарушением социальных связей человека.

Человек переживает экстремальную ситуацию

После того как человек переживает экстремальную ситуацию, в силу вступает внутриспсихическая работа скорби и пе-

чали. Этот термин впервые использовался Зигмундом Фрейдом (1856–1939) в работе «Печаль и меланхолия», однако вскоре стал общепринятым [2].

Под работой скорби (или работой горя) понимается обработка травмирующих впечатлений.

В своей работе под названием «По ту сторону принципа удовольствия» З. Фрейд высказывал гипотезу о том, что переживание травмы подразумевает ее многократное повторение, которое является способом овладения своими впечатлениями: «большая часть из того, что навязчивое воспроизведение заставляет пережить вновь, должно причинять “Я” неудовольствие, так как оно способствует реализации вытесненных влечений, а это и есть, по нашей оценке, неудовольствие, не противоречащее указанному “принципу удовольствия”, неудовольствие для одной системы и одновременно удовлетворение для другой» [3, с. 52].

Задача психолога в работе с инвалидом заключается в постепенной проработке аффективно нагруженных воспоминаний для того, чтобы преодолеть этот аффект.

Скорбь – глубокая печаль, иногда до болезненного переживания, – как психическое явление не является патологической, однако возможно включение здоровых и патологических механизмов переживания. Скорбь сопряжена с меланхолией, депрессией и суицидальными мыслями. Рациональная форма, сопутствующая скорби, содействует выходу из скорби и выздоровлению психики. На практике выявить границы между названными стратегиями скорби непросто. Весь период переживания скорби является субъективным и индивидуальным для каждого человека. На протяжении этого периода могут меняться акценты в поведении и настроении инвалида, поэтому необходимо находить способы поддержки и помощи для тех, кто нуждается в ней. Сопутствующее инвалиду чередование состояния аффекта и избегания стимулирует внутренний конфликт, который может привести к психической регрессии и последующей социальной дезадаптации.

Вводя в медицинскую психологию термин «субъективный взгляд на ограничения», В. Ю. Рыбников и Е. В. Морозова писали: «Организационно-методологические основы системы психологической реабилитации в контексте концепции “внутренней картины инвалидности” обращали внимание на то, что пациент, столкнувшийся с инвалидизацией, оказывается в ситуации “выбора”, или в “лиминальном” состоянии». Это объясняется «возможным изменением социального статуса, ценностей, норм и самосознания» [4, с. 128]. Переходное состояние, в которое входит пациент, сопровождается физиологиче-

Скорбь – это не патология

Лиминальное состояние инвалида

скими и психологическими проблемами и представляет собой кризисный период.

Несмотря на то что инвалидизации сопутствуют чувства бесполезности, бессилия или неполноценности, это не значит, что позитивный потенциал полностью отсутствует.

Лиминальность означает неустойчивость позиции, которую вырабатывает человек как по отношению к себе, так и по отношению к миру. Задача психолога состоит в том, чтобы скорректировать внутреннюю позицию человека – картину инвалидности пациента – таким образом, чтобы вернуть ему социальную идентичность, самовосприятие и уверенность в возможностях дальнейшей жизни.

Факторы, влияющие на инвалидизирующее заболевание

Совокупность ролей, которые человек играет в семье, на работе и в других сферах жизни, образует его индивидуальность.

Взаимосвязь личного и общественного позволяет выделить три фактора, которые влияют на инвалидизирующее заболевание:

- отношение к самому себе;
- отношение к другим людям;
- отношение к окружающему миру.

Полное физическое восстановление невозможно

Вопрос о том, насколько глубокой будет перестройка психики человека, зависит от полученной травмы. У инвалидов, для которых полное восстановление двигательной активности нижних конечностей невозможно, на первый план выходит намерение к приспособлению в будущем.

Зачастую инвалидизация сопровождается не только переоценкой собственного «Я», но и намерением (или необходимостью) искать новую социальную нишу. Уход из прежней социальной среды служит дополнительным фактором, который дестабилизирует эмоциональное состояние инвалида. Чтобы свести к минимуму воздействие этого фактора, необходимо выстроить образ здорового будущего, которое сохраняет за человеком право полноценной самореализации.

2. Знакомство с инвалидом на его первой реабилитации

Период нахождения инвалида в больнице

Вскоре после получения травмы пострадавшего человека госпитализируют в больницу, где он проводит некоторое время (от одного до нескольких месяцев), получая экстренную медицинскую помощь по спасению и стабилизации жизненно важных систем организма. После больницы инвалида направляют в реабилитационный центр по профилю основного заболевания, где проходит его первая реабилитация. Специалистами

Первая встреча с психологом в реабилитационном центре

центра проводится оценка физического и психического состояний, составляется план реабилитации.

В первые дни пребывания инвалида в стационаре психолог знакомится с новеньким, приветствует его в стенах реабилитационного центра, обсуждает с ним программу реабилитации.

При знакомстве с психологом вновь поступившим, которые получили необратимую травму опорно-двигательного аппарата, бывает сложно сконцентрироваться на насущно значимых проблемах и вопросах. Свежая травма вызывает мысли и неудержимое желание, чтобы врачи вернули возможность держать спину и ходить. Считая свою травму временной, вначале жертвы трагического события не думают о том, как жить в инвалидной коляске. Весьма сложно человеку перестроиться на понимание того, что теперь твое тело потеряло прежнюю пластичность и прежние потенциальные возможности.

О чем говорить с инвалидом на первой встрече

В начале знакомства правильно говорить с пострадавшим на отвлеченные темы: о его семье, о бывших хобби и увлечениях, но не о свежем травмирующем событии.

Вопрос: «А каково тебе в коляске?» – и другие подобные вопросы принуждают инвалида делить свою жизнь на «до» и «после».

Я, как инвалид и как будущий психолог, считаю: в моем случае фактором, облегчающим пострадавшему принятие необходимой профилактической беседы, является то, что мне проще понимать тех, кто нынче получил свежую необратимую травму, так как я сам нахожусь в инвалидной коляске после получения необратимой травмы. Это обстоятельство, очевидно, облегчит ставшему инвалидом принять случившуюся беду.

Мне, как инвалиду, легче принять и понять их слезы, их злость, негодование от травмирующего события. Я выражаю уверенность каждому получившему инвалидность, что у нас схожий путь к принятию себя в типичных обстоятельствах.

Когда психолог такой же инвалид, как и его подопечные

Во время знакомства диалог можно начать так: «Я начинающий психолог, но я такой же инвалид, как и ты. Я предлагаю побеседовать нам о нашей ситуации».

Необходимо совместно с инвалидом наметить дальнейшую работу и правильно организовать начало общения – узнать, расположен ли он к общению с психологом. Следует спросить: «Есть ли у тебя какие-либо вопросы ко мне как к психологу?»

Это поможет мне на первом этапе беседы понять, хочет ли конкретный инвалид начать беседовать о понятных для нас обоих проблемах.

Меня интересует, есть ли у него мотивация к психологическому сопровождению на период реабилитации или он отчужден от всех и от себя из-за своей травмы. Возможно, ему в пер-

вую очередь следует оказать помощь в том, чтобы собраться с чувствами и мыслями и начать размышления над тем, как помочь себе.

Вопросы к психологу

На первых встречах важно, чтобы инвалид (даже если он сразу не может сформулировать запрос) понимал, что ему готовы помогать и вести его психологическое сопровождение с первых дней реабилитации. Следует объяснить ему, что у него постепенно сформируются запросы и адекватные обстоятельства вопросы.

Самое важное – это понимание и поддержка. Необходимо обсудить с человеком его чувства и эмоции. Важно также обсудить практические вопросы, связанные с предстоящей реабилитацией, чтобы помочь ему понять, какие шаги он пройдет для улучшения своего физического и психологического здоровья. Психолог должен быть терпеливым, не навязывать собственное мнение, не принуждать инвалида к принятию мгновенных решений, поскольку это может быть сложным для него в текущей ситуации (положении).

Инвалид обязательно попадает в реабилитационный центр с пакетом документов, в том числе с медицинским заключением и рекомендацией прохождения реабилитации. Специалисты центра знакомятся с анамнезом, выписками из больницы, где указан характер травмы, проведенное лечение и рекомендации на будущее.

Важно понимать, что психолог должен ознакомиться с имеющимися документами и в беседе с врачами реабилитационного центра узнать о тяжести физического состояния нового пациента.

Понимает ли инвалид, что с ним произошло

Спустя неделю после знакомства можно акцентировать внимание на событии, травмирующем инвалида, поговорить о его самочувствии после катастрофического происшествия. Следует выяснить, понимает ли инвалид свое состояние сразу после случившейся травмы и необходимость в медицинской и психологической помощи. Психологу важно определить текущее психическое состояние инвалида, его переживания, эмоции и надежды и обсудить с ним путь предполагаемой реабилитации. Травмирующее событие можно обсуждать, только дав инвалиду возможность выговориться и осознать произошедшее.

Беседу можно начать с общих вопросов, например о реабилитационных мероприятиях в его индивидуальном плане. Основные вопросы: «Как проходит адаптация к условиям учреждения?», «Каково у тебя впечатление о сотрудниках центра?», «Какие занятия тебе больше всего нравятся, от каких ты чувствуешь наибольшую пользу?», «Как ты спишь?», «Хватает

Желательный стиль
общения

ли у тебя сил на участие в условиях этого учреждения?», «Какие у тебя пожелания к сотрудникам центра?»

Так как я сам не раз находился на реабилитации, то также даю оценку своим ощущениям от общения с сотрудниками центра, от конкретных занятий и рекомендаций. Доброжелательный, равнодушный, непринужденный диалог может расслабить, вызвать доверие и дать инвалиду чувство легкости: его понимают! Я делюсь своим опытом – мною уже пережит этот сложный период.

«Мне сегодня хотелось бы поговорить, если ты не против, о твоей травме. Я сам, как ты видишь, в инвалидной коляске уже более 10 лет. Тоже после травмы. У меня задет поясничный отдел позвоночника. Как я понимаю, у тебя та же травма поясничного отдела?»

Главное помнить, что на каждой встрече вопросы задаются психологом по продуманному и обоснованному плану. Надо помнить, что следует неизменно определять способы установления контакта с человеком, выражать к нему внимание, готовность слушать не перебивая, давать возможность подробно рассказать о случившемся травмирующем событии, выражать доброжелательность, сочувствие и сопереживание. Стараться ободрить и поддержать каждого, кто оказался в реабилитационном центре.

Наблюдение
за поведением
инвалида

Наблюдая за поведением человека, перенесшего травмирующее событие с необратимыми последствиями для опорно-двигательного аппарата, важно понимать, как он сам относится к своей болезни.

В 1980 году советским психиатром А. Е. Личко (1926–1994) и советским историком Н. Я. Ивановым (1912–1987) была разработана клинико-психологическая типология отношения пациента к болезни, в которой рассматриваются 12 психотипов [5]. Данная типология интерпретируется во многих заболеваниях. В данном случае я буду применять ее для инвалидов-колясочников после перенесенной необратимой травмы опорно-двигательного аппарата.

Вне зависимости от типа реакции человека на полученную необратимую травму опорно-двигательного аппарата, первичную врачебную помощь, последующую первичную реабилитацию, специалисты медицинских учреждений должны знать особенности каждого психотипа и учитывать их при разработке стратегии лечения/реабилитации.

Стадии принятия
неизбежного
травмирующего
события

Хочу здесь также отметить, что, несмотря на различия тяжести травм и прочие различия в тяжести психических состояний инвалидов, нельзя забывать, что каждый из них проходит через пять стадий принятия неизбежного (1 – отрица-

ние, 2 – гнев, 3 – торг, 4 – депрессия, 5 – принятие) – в данном контексте: свое измененное тело, его положение в инвалидной коляске, новая нынешняя и основанная на этом будущая реальность.

Важно определить, как происходит общение инвалида со своим близким окружением: друзьями, знакомыми, родственниками. Это важно, чтобы понимать, замкнут инвалид в себе, стесняется ли своей инвалидности или сохраняет способность общаться, как и до травмирующего события.

Общение инвалида с родственниками, друзьями

Отношения человека со своими близкими, родственниками – это всегда индивидуально. Однако в случае тяжелых жизненных обстоятельств, в случае получения необратимой травмы близкий круг родных и друзей объединяется в сочувствии, в опеке, в сопереживании и посильной помощи. И здесь уже сам инвалид выбирает для себя, принимает ли он поддержку и помощь или ему стыдно, что он попал в ситуацию, которая радикально влияет на его новую жизнь: за ним ухаживают, он лишней раз не общается, не приглашает к себе друзей, чтобы его не видели, не выражали озабоченности и сочувствия.

Моими подопечными были молодые люди в возрасте от 20 до 35 лет.

3. Отношение инвалида к таким же инвалидам в стенах реабилитационного центра

Реабилитационный центр не является замкнутым пространством, каждый инвалид волей или неволей сталкивается на территории учреждения с другими – во время приема пищи, на процедурах и др. Благодаря тому что инвалид видит других в условиях центра, он становится сперва наблюдателем, а вскоре и собеседником.

Инвалид о себе

У человека после перенесенных необратимых нарушений опорно-двигательного аппарата смещается представление о самом себе. Очень важно, чтобы инвалид правильно определял свое новое «Я» в тех условиях, в которых он вынужден по воле судьбы продолжать находиться. Мне необходимо разговаривать со своим подопечным о том, что он о себе думает, как смотрит на свою инвалидность и на инвалидность других – таких же, как он.

Отношения инвалида с противоположным полом

Считаю правильным также аккуратно коснуться вопросов, касающихся противоположного пола: знакомится ли инвалид в стенах центра с кем-то из представителей противоположного пола, какие сложности возникают, какие попытки он готов делать, чтобы познакомиться. Также для меня важно получить об-

ратную связь от инвалида о том, что у него вызвало в общении с другими инвалидами интерес или напряжение. Что в общении с другими инвалидами было новым, значимым, какие вопросы смутили. Зачастую общение между инвалидами схожей нозологии и травмами затрагивает физиологические вопросы, в том числе интимные. Новоиспеченного инвалида это может свергнуть в смущение и даже страх.

4. Внутренняя позиция личности в контексте инвалидизации

Внутренняя позиция личности инвалида после перенесенной необратимой травмы позвоночника и нахождения в инвалидной коляске – это его эмоциональное и психологическое состояние, его отношение к себе и окружающему миру, а также его собственное восприятие своей инвалидности и нарушения физической мобильности.

Физическое здоровье и эмоциональное благополучие

Физическое здоровье: важным элементом человеческой жизни является поддержание физического здоровья. Это включает в себя правильное питание, регулярную физическую активность, сон и уход за физическим телом.

Эмоциональное благополучие: психическое и эмоциональное состояние человека также является важным аспектом его жизни. Это включает умение распознавать и управлять своими эмоциями, развитие навыков общения и установление качественных отношений.

Семья, личное развитие и социальная сфера

Семья и отношения с противоположным полом: семья и близкие отношения играют важную роль в жизни человека. Умение строить здоровые и гармоничные отношения с партнером, детьми, родителями и другими членами семьи способствует чувству счастья и благополучия.

Личное развитие: развитие собственного потенциала и саморазвитие являются важными компонентами психологического благополучия. Это включает образование, приобретение новых навыков и умений, самореализацию и личностный рост.

Социальная сфера: взаимодействие с обществом и социальная активность также играют важную роль в жизни человека. Это может включать участие в общественных делах, волонтерство или участие в группах с общими интересами.

Духовность и смысл жизни: духовный аспект также является важной составляющей жизни. Это может включать религиозные практики, поиск смысла жизни, саморефлексию и размышления о глубоких жизненных вопросах.

Чтобы понять, как человек, получивший инвалидность в результате необратимого травмирующего события, может

Вовлечение инвалида
в жизнь общества

преодолеть посттравматический кризис, считаю необходимым обратиться к концепции внутренней позиции личности В. С. Мухиной.

Реализация личностных смыслов возможна в обществе по мере вовлечения человека во взаимодействие с другими людьми. Валерия Мухина разделяет потребности человека на две категории. В первую группу попадают предметно-вещественные потребности, которые касаются материальной стороны, а во вторую – потребности в созидании. Реализация второй группы потребностей позволяет состояться индивиду как личности, поскольку смещает фокус с обеспечения сиюминутных условий существования на построение будущего. Ценностные ориентации формируются в процессе созидания, поскольку они проецируются на будущее.

Ценностная
ориентация человека
в мире

Задача психологического сопровождения человека, получившего статус «инвалид», состоит в проработке всех уровней концепции жизни таким образом, чтобы нормативное ядро, отвечающее за ценностную ориентацию человека в мире, оставалось здоровым. Для этого необходимо выявить механизмы психологической защиты и сформировать способность к управлению своими деструктивными импульсами. Анализируя деструктивные психические процессы, которые способны разрушить внутренний статус личности, В. С. Мухина обращается к понятию психологического времени. Согласно психологу, к отсутствию целого самосознания приводит «депривация ценностного отношения человека к его прошлому, настоящему, будущему или отсутствие структурированного прошлого». По этой причине реабилитация пациента с приобретенной инвалидностью должна затрагивать не только адаптацию к изменившейся жизни и развитие мотивации, но и интерпретацию прошлого опыта через призму перенесенной травмы [6, с. 700].

5. Укрепление внутренней позиции личности в рамках первичной реабилитации после перенесенной необратимой травмы

Раскрывая концепцию «внутренней позиции личности», В. С. Мухина делает акцент на том, что человеческая личность обладает достаточным потенциалом развития. Поскольку потребность в развитии является главным импульсом, направляющим человека, то «он способен выйти за рамки любых ограничений» [6, с. 809]. Если для здоровых людей данный тезис звучит как метафора, то для людей с инвалидностью этот тезис превращается в трудную и жестокую реальность, которую

Необходимость инвалиду заново социализироваться

предстоит принять. Анализ страхов и поиск стратегий, которые помогут инвалиду преодолеть стресс, – это та область, которая и находится в сфере компетенции психолога в рамках психологического сопровождения.

Помимо занятий с психологом, человеку важно самостоятельно пересмотреть свой взгляд на мир и свое место в нем. В процессе социализации, которую пациенту с инвалидностью придется проходить заново, он будет сталкиваться не только со своим личным сопротивлением, но и с сопротивлением общества.

Современные государства заинтересованы во включении людей с инвалидностью в социальную жизнь и делают шаги в этом направлении. Однако «стигматизация» существует даже в обществах со здоровым отношением к физическим недугам. В процессе реабилитации стигма – один из главных демотивирующих факторов (наряду с объективными ограничениями в передвижении), с которыми может сталкиваться инвалид. Как бы то ни было, в обществе всегда существует необходимость интеграции инвалида в социальную среду.

Семья – малая социальная группа в социализации инвалида

На переосмысление жизни после травмы и принятие себя большое влияние оказывает семья. В этой малой социальной группе человек может усвоить паттерны поведения, которые впоследствии он распространяет на взаимодействие с обществом в целом.

В. С. Мухина пишет: «В детстве для ребенка нет ничего естественнее, чем ощущение любви и защищенности в своей семье» [7, с. 164]. Потребность защитить пострадавшего дорогого кровного естественна. Однако, если грань между опекой и гиперопекой теряется, близкие люди могут способствовать инфантилизации инвалида, развитию чувства неполноценности и панического страха перед социумом.

Развитие личности – гармоничный процесс

Внутренняя позиция личности человека, столкнувшегося с физическим недугом, неизбежно содержит в себе напряжение, которое провоцирует внутренний конфликт. Человек, который потерял прежнюю идентичность в результате несчастного случая, вынужден собирать себя заново. Психолог должен разделить с каждым инвалидом этот непростой путь и помочь решить непростую задачу преодоления барьера между «отчужденным» инвалидом и «здоровым» обществом. Для этого нужно работать с когнитивными паттернами, внешними и внутренними стимулами, способствовать осознанию травматического опыта.

Несмотря на то что Валерия Мухина стремится придать процессу развития личности гармоничный характер, она за-

мечает ту парадоксальную сторону самоактуализации, в процессе которой индивид «может следовать своим ценностным ориентациям и даже противопоставить себя роду» [7, с. 128]. Противопоставленность роду – это точная характеристика состояния, с которым сталкивается инвалид, осмысляя свою травму.

В процессе развития человек проходит череду кризисов: они связаны как с возрастными особенностями, так и с внешними обстоятельствами. Преодоление травмы влечет за собой посттравматический рост, который немислим без главного качества личности – свободной воли.

Посттравматический рост – это концепция, которая указывает на возможность положительного развития и роста личности после пережитого травмирующего события. Если человек имеет опыт переживания травмы, то в итоге он может стать более сильным и устойчивым.

Преодоление последствий необратимого травмирующего события обычно происходит постепенно и включает в себя физическое, эмоциональное и психологическое восстановление. Инвалид планомерно возвращается к своей обыденной жизни, становится морально и психологически сильнее и устойчивее, чем в период переживания травмы.

-
1. *Даль Вл.* Уныние // Толковый словарь живого великорусского языка. Т. 4. М.: Русский язык, 1982. С. 499.
 2. *Фрейд З.* Печаль и меланхолия // Основные психологические теории в психоанализе. Очерк истории психоанализа: сборник. СПб., 1998. С. 211–231.
 3. *Фрейд З.* По ту сторону принципа удовольствия / пер. со 2-го немецкого издания под ред. и с предисл. Л. С. Выготского и А. Р. Лурия; с вступительной статьей М. В. Вульф. М., 1925.
 4. *Рыбников В. Ю., Морозова Е. В.* Организационно-методологические основы системы психологической реабилитации в контексте концепции «Внутренней картины инвалидности» // Российский психологический журнал. 2016. № 1. С. 125–146.
 5. *Вассерман Л. И.* Психологическая диагностика отношения к болезни. СПб., 2005.
 6. *Мухина В. С.* Личность: Мифы и Реальность (Альтернативный взгляд. Системный подход. Инновационные аспекты). 7-е изд., исправленное, дополненное. М., 2020.
 7. *Мухина В. С.* Возрастная психология: Феноменология развития и бытия личности. 18-е изд. М., 2022.

REFERENCES:

1. Dal Vl. Unynie. *Tolkovy slovar' zhivogo velikoruskogo yazyka. T. 4.* Moscow, 1982 (in Rus.).
 2. Freud S. Pechal' i melankholiya. *Osnovnye psikhologicheskie teorii v psikhoanalize. Ocherk istorii psikhoanaliza: sbornik.* Saint Petersburg, 1998. Pp. 211–231 (in Rus.).
 3. Freud S. *Po tu storonu printsipa udovol'stviya.* Moscow, 1925 (in Rus.).
 4. Rybnikov V. Yu., Morozova E. V. Organizatsionno-metodologicheskie osnovy sistemy psikhologicheskoi reabilitatsii v kontekste kontseptsii "Vnutrennei kartiny invalidnosti". *Rossiiskii psikhologicheskii zhurnal.* 2016. № 1. Pp. 125–146 (in Rus.).
 5. Vasserman L. I. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni.* Saint Petersburg, 2005 (in Rus.).
 6. Mukhina V. S. *Lichnost': Mify i Real'nost' (Al'ternativnyi vzglyad. Sistemnyi podkhod. Innovatsionnye aspekty).* Moscow, 2020 (in Rus.).
 7. Mukhina V. S. *Vozrastnaya psikhologiya: Fenomenologiya razvitiya i bytiya lichnosti.* Moscow, 2022 (in Rus.).
-

