

СОЦИАЛНАТА ИНТЕГРАЦИЯ НА ХОРАТА СЪС СПЕЦИФИЧНИ НУЖДИ И МОДЕЛИ НА ПСИХОСОЦИАЛНА АДАПТАЦИЯ КЪМ УВРЕЖДАНЕТО

Даниела Дерменджиева

Европейският форум по въпросите за инвалидността (ЕФВИ) е организацията-шапка на организациите на инвалидите в Европейския съюз. Неговата роля е да прокарва въпросите на хората с увреждания в ЕС. ЕФВИ обхваща всички области на подхода/политиката, които се отнасят до хората с увреждания и които попадат в компетентността на Европейския съюз. Някои от тези въпроси са трудова реализация, социална интеграция, недискриминация, информационно общество, транспорт. Предложението на ЕФВИ 2003 година да стане Европейска година на гражданите с увреждания е прието от Борда на Европейската година.

Процесът на социална интеграция е сложен и продължителен. Той е комплексен и е предназначен да поддържа способностите на хората с увреждания за самостоятелен живот и пълноценни отношения.

Крайната цел на процеса на социална интеграция е вграждане и нормално функциониране на човека със затруднения в обществото, неговото пълно реализиране като социално същество – и лично и професионално. Достигането на този резултат – нормално и естествено функциониране на човека с увреждане в обществото, е възможно само ако бъдат задоволени неговите потребности и желания, ако бъдат задоволени неговите специални нужди. Затова услугите са насочени към облекчаване или премахване на неговите затруднения, към максимално развитие на възможностите на човека.

1. 1. ОСНОВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ИНВАЛИДНОСТТА

В границите на ролевата теория много автори посочват, че преди всичко, човек вижда себе си, повлиян от начина, по който другите виждат него.

Безспорно е обаче, че всеки човек има своя **идентичност**, която включва националност, етнически произход, социална група, професия, лични интереси и т.н. Идентичността е винаги индивидуална и уникална за всеки човек, но е оформена от социалните роли и идентификациите на личността. Социалните роли са предписания, очаквания на обществото към нас. Човек с определено обществено положение се очаква да се държи по определен начин. Обществото изисква от него последователно и предвидимо поведение.

Идентичността на хората със специфични нужди се определя и благодарение на процеса на себеидентификация. Този процес включва и идентифициране с дадена социална група. Някои групи имат висок социален престиж, други по-нисък, а за трети е трудно изобщо да се говори за престиж. Групата на “инвалидите” или хората със специфичните нужди спада към третия тип групи.

А. Ташвел, в своята “теория за социалната идентичност”, разглежда подобен проблем. Според тази концепция, всеки човек се стреми да поддържа и увеличава в положителна посока социалната си идентичност. Ташвел посочва, че да имаш положителна социална идентичност “до голяма степен означава да се сравняваш в благоприятна светлина, като член на групата си в сравнение с всеки друг член на групи, т.е. да разграничаваш, че твоята група е по-положителна в някакво отношение от чуждата група”.

Ако социалната идентичност не задоволява индивида, той ще се стреми да напусне групата си, като се постарее да влезе в друга група, за която има по-положителна оценка.

Проблемът с идентичността е тясно свързан и с понятието Аз-образ, тъй като тя е много съществена част от него. Някои части от личностния Аз-образ лесно се видоизменят и са сравнително гъвкави – не е чак толкова трудно човек да свикне с някаква нова придобивка. По-трудно е да се игнорират от самосъзнанието здраво и твърдо установени когнитивни убеждения – такъв конструкт е и индивидуалната

личностна идентичност. По-незначителните елементи на АЗ-образа се изграждат в съответствие с тази идентичност, ето защо тя е толкова важна и определяща.

Когато се анализират вътрешни, психологически фактори, които предопределят ефективността на социалната интеграция, то по необходимост следва да се потърсят онези механизми ото себеидентичността, които определят АЗ-образа и поведението на личност с увреждане. В научната литература са утвърдени два крайни типа хора със специфични нужди:

1. Притежаващи идентичност: “инвалид”.

2. Индивиди, борещи се с идентичността “инвалид”.

И тъй като и двата типа са крайни, то следователно те не са “интегриращи се”, т.е. – те не способстват за социалната си интеграция.

От социално-психологическа перспектива, инвалидността не е само личен проблем. Тя е социален проблем, който се изразява в загуба на работата и загуба на доход от трудова заетост. Наличието на инвалид в семейството се отразява и на живота на останалите негови членове, тъй като индиректно ограничава възможностите им за пълноценна личностна и трудова реализация.

Някои психолози говорят за феномена “**социален дарвинизъм**” – изкуствено пренасяне на концепциите на Дарвин за “естествения подбор” върху културни, етнически или други групи. Според социалния дарвинизъм е редно именно най-агресивните и силни социални групи да заемат положението на потисници спрямо другите, осигурявайки си по този начин жизнени ресурси за оцеляване.

Очевидно е, че кръгът от проблеми, свързани с феномена “инвалидност” изисква и обсъждането на възможностите за приспособяване на социалната система към потребностите на хората със специфични нужди. Става въпрос за **социалната интеграция** един сложен и продължителен процес, чиято крайна цел е вграждане и нормално функциониране на човека със затруднения в обществото, неговото пълно реализиране като социално същество – лично и професионално.

По своята същност и функционална технология **психологическото консултиране** е важна част от този процес. То е фактор (съпътства социалната интеграция, съобразно потребностите на индивида и приоритетите във всеки един етап от неговото развитие) за реалната инте-

грация на хората с увреждания, тъй като е насочено към успешно реализиране на процеса на социална интеграция.

В Препоръка №P/92/6 издадена от Комитета на министрите на 09.04.1992 година на 474-та среща на представителите на министрите при ООН **инвалидността** се дефинира като: “... **всяко ограничаване или липса на способност да се извършва дейност по начин или до степен, приета за нормална за всяко човешко същество**”.

В приведеното определение се акцентира върху факта, че инвалидите са хора, лишени от елементарни, но жизненоважни дейности и функции. Този дефицит се превръща в психическо бреме за личността с увреждане. Тъй като тя не е способна на нормален активен живот, т.е. затруднена е нейната социална адаптация, то естествено е следствието – **изолация** от обществото, респективно и **самоизолация**.

Ако горните разсъждения разкриват семантиката на инвалидността, то наложително е да бъдат анализирани и нейните два обяснителни модела – **медицински и социален**.

Медицинският модел определя инвалида **като човек с увреждане**. Съдържателно, този модел се фокусира върху увреждането, което става доминанта за идентификацията на личността. След като увреждането се идентифицира като основен проблем, то усилията на обществото са насочени именно към него. Третира се не човекът, а увреждането.

Предимство на медицинския модел е, че ангажира държавната институция в ролята ѝ да ограничи затрудненията на хората със специфични нужди, по отношение на тяхната социална интеграция и равнопоставеност. Според този модел, се утвърждава разбирането че инвалидността като проблем, може да бъде решен само от специалисти – лекари, чрез специални действия в специална среда.

Това разбиране води след себе си и **сериозния недостатък** на медицинския модел – поставянето на хората с увреждания в специални училища, общежития, клубове, т. е. отделянето им от широката социална среда. Поддръжниците на разглежданата теория, не отчитат цялостния потенциал на хората със физически увреждания, а приемат тяхната инвалидност, като трайна характеристика, която игнорира тотално включването им в социалния или обществен живот.

Противоположен на медицинския е **социалният модел** на инвалидността. Според неговите привърженици, макар и с увреждане, личността разполага с потенциал, който може да подплати развитието на нови способности за социална активност.

Предимство на социалния модел е насочеността му към *човека* като фактор в системата, която включва него самия – с нуждите и възможностите му, близкото му обкръжение и физическата среда. В центъра на вниманието са личните особености на човека и особеностите на системата. Усилията са насочени към максимално съгласуване на възможностите за развитие елементите на системата, така че тя да отговори на актуалните нужди и възможности на личността с увреждане. Социалният модел също не пренебрегва уврежданията и възможностите за тяхното коригиране, но той постулира, че всеки човек има право на участие в социалния живот на обществото, а не само в специализирана (изолирана) среда. Той е насочен към създаване на условия за развитие и реализиране на всеки, независимо от неговото увреждане.

Според Тодорова (14, с. 27) във всяко общество има създадена *“социална стигма, клеймо към непривлекателните, незабележимите, недъгавите, външно отблъскващи хора”*. Ето защо обикновено срещата с човек с увреждане създава дискомфорт и предизвиква желание за избягване на контакт. По този начин здравите “увеличават чувството си за господство над себеподобните”, дистанцирайки се от групата на хората с физически или психически увреждания. Авторката смята, че обикновено здравите хора се отнасят към хората с някакъв тип увреждане главно по два начина.

Първият се характеризира със стремеж към отбягване на “грозните неща в живота”.

Вторият също се явява дискриминативен и предрасъдъчен – като се отнасяме “особено мило с тях”(14, стр. 275). Тодорова посочва, че човек с увреждане обикновено получава повече похвали за свършена колективна работа, независимо от качеството ѝ. По този начин у него се създава убеждението, че притежава способности над реално съществуващите.

1.2. Психосоциална адаптация към физическо увреждане или хронична болест

Психичната адаптация зависи не само от вида на стресора, но и от неговата продължителност и интензивност. Силният стрес предиз-

виква дезорганизация в поведението и повишава активността на вагосимпатиковата система, която е стимулирана от подкорков мозъчен процес. Взаимоотношенията между стрес и адаптация са двупосочни. При тях организъмът със своите адаптивни системи се стреми да намали стресовото въздействие, като запази и телесния и психичен интегритет на индивида, т.е. стреми се да възстанови вътрешното си равновесие.

Анализът на компонентите, проявленията и механизмите на протичане на психосоциалната адаптация към физическо увреждане или хронична болест може да се извърши на различни равнища и съобразно различни методологични подходи. От гледна точка на целесъобразността на предложената тема изследователските търсения очертават две проблемни области:

I. Адаптацията като основна способност на съществуването

Адаптацията е процес на приспособяване на организма и личността към изменящите се условия на съществуване. В основата на адаптацията на човека стои изработената в процеса на неговото еволюционна развитие, съвкупност от морфологични изменения, насочени към запазване на неговото относително постоянно състояние на равновесие във вътрешната среда – хомеостаза. Структурни, неврофизиологични и биохимични реакции на организма, в отговор на промените в околната среда, са важни за разбирането на адаптацията, предизвикана както от физическите, така и от психическите фактори.

II. Когнитивната оценка на стреса и стилове за справяне със стреса

Стресът се концептуализира като отношение между субекта и средата, което се характеризира с това, че субектът изразходва или надвишава своите ресурси и застрашава своето благосъстояние.

Лазарус и Фолкман (21, с. 50) описват когнитивната теория за психичния стрес и копинга, като основаваща се на предположението, че субектът и средата се намират в динамични, взаимно реципрочни, бидирекционни взаимоотношения.

Тази теория идентифицира два процеса – когнитивна оценка и стилове за справяне като **критически медиатори** в отношенията между подложен на стрес субект и околната среда, както и в непосредствените и дългосрочни последици от тях. Посочените изследователи определят,

че когнитивната оценка е процес, чрез който субектът преценява дали даден контакт със средата е релевантен за неговото благосъстояние и ако е така, по какъв начин. Открояването на този извод фиксира и два вида когнитивна оценка: първична и вторична.

А) При **първичната оценка** субектът преценява дали има нещо, което рискува при този контакт. Съществуват редица личностни характеристики, сред които ценности, обвързване, цели, както и вярвания за самия себе си и за света помагат при дефинирането на рисковете, които субектът идентифицира като релевантни спрямо благосъстоянието му при специфични контакти, излагащи го на стрес.

В) При **вторичната оценка** субектът преценява какво в случай, че има, може да се направи, за да се преодолее вредата или да се предпази от нея или да се повишат шансовете за облага. Оценяват се различни опции за справяне като промяна на положението, приемането му, търсене на повече информация или въздържане от импулсивно поведение. Справянето се отнася за когнитивните и поведенчески усилия на субекта да минажира (намалява, подчинява или толерира) вътрешните и външните изисквания на контакта между субекта и средата, когато този контакт се характеризира като изразходващ или надвишаващ ресурсите на субекта. Лазарус и Фолкман подчертават, че копигът има две важни функции: **справяне с проблема, причинил дистрес** (проблемно-фокусиран копинг), и **регулиране на емоциите** (емоционално-фокусиран копинг). Наблюденията доказват, че хората използват и двете форми на копинг при абсолютно всеки вид стресова ситуация.

Натрупването на множество изследвания върху психосоциалната адаптация на хора със специфични нужди през последните десетилетия доведоха до обособяването и на така наречените:

- **Проблемно-фокусирани** форми на копинг. Те включват агресивни, интерперсонални реакции за промяна на ситуацията, както и спокойни, рационални, преднамерени усилия за разрешаване на проблема.

- **Емоционално-фокусираните форми** на копинг. Те включват дистанциране, самоконтрол, търсене на социална подкрепа, бягство – отбягване, поемане на отговорност, както и позитивна преоценка.

Когнитивната оценка и копингът са холистични променливи, с което се има предвид, че те не се отнасят само към средата или към

субекта, а до тяхното съчетаване при даден контакт. Оценката на заплахата е функция от специфичен набор от условия на средата, които се оценяват от даден субект с дадени психологически черти (инвалидност).

По подобен начин копингът обхваща специфичните мисли и поведения, които даден субект използва, за да се справи с изискванията на даден контакт между субекта и средата, който има релевантност към неговото благосъстояние.

В изследване на Фолкман (2000) на отношенията между когнитивната оценка, копинга и непосредствените резултати от стресови контакти, се получават резултати, които говорят, че видът копинг варира в зависимост от това какво се рискува (първична оценка) и какви са опциите за копинг (вторична оценка). Установено е, че когато е заплашена самооценката на личността, тя използва по-често **конфликтен копинг**, самоконтрол, бягство – изместване, както и поемане на повече отговорност, сравнено със ситуации, в които самочувствието ѝ не е застрашено. От друга страна, – когато дадена цел в работата е изложена на риск, индивидите реагират по-често с планирано вече **проблемно разрешаване**, сравнено със ситуации, при които този риск не съществува. Планираното проблемно разрешаване също така се използва и при контакти, които хората оценяват като такива, които могат да се променят към по-добро, докато дистанцирането се използва повече за контакти, които не подлежат на промяна. Конфронтативният копинг и дистанцирането се асоциират с резултати, които субектът определя за незадоволителни, докато планираното проблемно разрешаване и позитивна преоценка се асоциират със задоволителни резултати. Следователно, използването на вида копинг е зависимо и от качеството на изхода от контактите, докато характерът на когнитивната оценка не е.

Каплан (Caplan, 1974) твърди, че във време на психологическа нужда, социалната подкрепа може да даде емоционално поддържане, информационно напътствие и осезаема помощ. Емпирични доказателства от различни източници показват обратна зависимост между социалната подкрепа и различни случаи на физически и психически заболявания. В този аспект, социалната подкрепа от семейството и приятелите играе важна роля не само като буфер на стреса, но като положителен фактор в психосоциалната адаптация към физическо увреждане.

Факлам (2002) прави обзор на съществуващите теоретични схеми и понятия, както и на различните модели на психосоциална адаптация към хронична болест или настъпило физическо увреждане. Така той разглежда:

- *разстройството* като термин, използван за обозначаване на загуба или абнормност на психологична, физиологична или анатомична структура или функция. Разстройството може да е причинено от хронична болест или травма и може да бъде продължително или перманентно.

- *Увреждането* като понятие, което описва ограничението или липсата на способност да практикуваш някакви дейности в диапазона възприет за нормален при човека. Тези ограничения могат да включват неща като седане, неспособност за ходене, трудност в говоренето и т.н.

- *Инвалидността* като неравнопоставеност, наложена върху индивида от обществото, средата или икономиката, което се дължи на разстройство или увреждане.

Дискутирайки концепцията за приспособяването към увреждане, авторът подчертава, че всеки човек се адаптира и нагажда към увреждането по свой собствен начин и време. Освен това, приспособяването е функция на съответствието между субективния свят на личността и външната среда. Ако двата свята си пасват добре, приспособяването става по-бързо и по-успешно и може да се разглежда като процес на последователност от ситуации, изискващи специфични решения.

Психосоциалната адаптация към увреждане се постига чрез процес, който води индивида все по-близо към оптимално ниво на съгласуваност личност – среда, характеризиращо се с:

- активно участие в социални, професионални и непрофесионални занимания;
- успешно преодоляване (проблемите) на физическата среда;
- съзнание за оставащите сили и потенциал, както и за съществуващите функционални ограничения.

Някои автори разглеждат психосоциалната адаптация към увреждането като част от независими и непоследователни патерни на човешкото поведение. Други, защитават модели, в които адаптацията

е концептуализирана като процес на промяна в една реакция, задействана от функционалните ограничения – причинени от фактори на средата (инциденти, травми) или вътрешни патогенни състояния (болест). От методологична перспектива, адаптацияният процес предполага разгръщаща се парадигма, в която реакциите могат да бъдат временно или йерархично последователни.

Франк (Frank, 1987) разграничава теориите в две групи (23, с. 53).

ПЪРВА ГРУПА: Фазови теории – обясняват процеса на психосоциална адаптация към инвалидността като състоящ се от много и различни психологически промени, които не се появяват в някаква строга последователност и могат частично да се застъпват.

ВТОРА ГРУПА: Стадийни теории – описват дискретни и взаимно изключващи се психологически процеси. Според този тип теории човек може да е само в един стадий в даден момент.

Antonak и Livneh (1995) използват обяснителния потенциал на “фазовите” теории (19, с. 284). Според тях адаптацията към инвалидността се състои в преминаване през разнообразни реактивни фази. Така например, в повечето от изследванията, посветени на темата за психосоциалната адаптация към инвалидността се посочват реакции като шок, тревожност, отричане, депресия, вътрешен гняв, външно проявена враждебност, приемане и окончателно приспособяване. Именно тази теория поставя началото на съвременните изследвания процеса на психосоциалната адаптация към физическо увреждане или хронична болест.

Шокът е първичната реакция на началото на внезапно и тежко физическо увреждане (например гръбначно-мозъчна травма) или психологическа травма (например диагноза на хронична болест, смърт на любим човек). Това е реакция, описана като психична вкочаненост, предизвикана от влиянието на тежко травматично преживяване.

Тревожността се разглежда като фаза на връхлитащата паническа реакция, предизвикана от осъзнаването на значимостта и последициите на травматичното събитие.

Отричането се смята за реакция, която по-трудно се потвърждава чрез наблюдение, поради нейните фини и често конфликтующи помежду си аспекти. Тя представлява защитен механизъм срещу болезненото осъзнаване на последициите от заболяването/ увреждането.

Депресията е реакция обикновено наблюдавана сред хора, случайно получили увреждане. Най-често тя представлява реактивна реакция, предизвикана от загубата на част от тялото или телесна функция.

Вътрешният гняв се разглежда като проява на насочени към себе си горчивина и негодувание, често свързани с чувства на вина и самообвинение. Тази реакция се наблюдава най-отчетливо в личности, които осъзнават, че тяхното увреждане е хронично състояние.

Външна враждебност, насочена срещу хора, обекти или други аспекти на средата. Появява се когато личността с увреждане се опитва да “отмъщава” срещу наложените му функционални ограничения.

Приемането е процес на когнитивно разпознаване (например интелектуално приемане) на бъдещите последствия, произтичащи от увреждането и постепенна интеграция на функционалните ограничения, свързани с физическото състояние на личността, в неговия Аз-образ.

Приспособяването отразява афективна интернализация (например емоционално приемане) на функционалните последствия от увреждането в личностовия Аз-образ, съчетано с поведенческа адаптация и социална реинтеграция във възприеманата по нов начин жизнена ситуация.

Както се вижда, приведената класификация за фазите на психосоциалната адаптация към инвалидността разкрива, че не всички случаи на инвалидност могат да се интерпретират в рамките на една и съща парадигма.

Трябва да се прави разграничение между адаптация към увреждане, причинено от травматично събитие – като гръбначно-мозъчна травма и адаптация към увреждане, свързано с хронична болест – като мускулна дистрофия (МД). При травматичното събитие началото на инвалидността е внезапно, като физическата стабилизация се постига по-бързо или по-бавно след това. Хроничната болест от своя страна обикновено се проявява незабелязано и се развива последователно. Развитието на болестта често е неясно, неопределено, белязано от периоди на влошаване и ремисии (например мултипленната склероза – МС).

Различаването на тези две състояния се среща рядко в литературата, но то е от голяма теоретична значимост, когато се опитваме да концептуализираме процеса на психосоциална адаптация.

Реакцията шок, например, ще се преживява от хора, преживели травматично събитие (например ампутация, гръбначно-мозъчна травма, травма на главата), но тя може да има по-широк психически фокус, когато индивида е конфронтиран от диагноза на животозастрашаващ болест (например рак, спин). Шок може изобщо да не се преживее от личности с постепенно влошаващи се и неспецифични медицински състояния (напр. артрит, болест на Паркинсон, диабет, МС).

По същия начин реакциите на тревожност и депресия могат да бъдат изразени по различен начин в зависимост от състоянието, което причинява увреждане. Когато става въпрос за хронична болест, тревожността и депресията, които често споделят общи елементи, са изразени като страх от увреждане на тялото, страх от неопределеното бъдеще и дори страх от смъртта.

Когато обаче са причинени от внезапно, травматично физическо увреждане, тревожността и депресията обикновено включват скръб за загубената част от тялото или функция и психомоторно забавяне.

С други думи, докато тревожността и депресията, асоциирани с увреждания, предизвикани от хронични болести изглежда, че са бъдеще-ориентирани (страх от неизвестното, чувство на безнадеждност), тревожността и депресията, предизвикани от травматични събития е по-скоро ориентирана към миналото (скърбене за загубата на нормалните телесни и когнитивни способности).

Реакциите на приемане (19, с. 1102) и приспособяване заемат различна форма в зависимост от това дали увреждането е свързано с хронична болест или травматично събитие. Когато хронична, особено животозастрашаваща болест е причина за инвалидността, приемането и осъзнаването се състоят от някаква форма на възприемане или интернализация на идеята, че състоянието се очаква да се влошава или че смъртта е предстояща. След травматичното събитие обаче, адаптацията към постоянна и относително стабилна загуба или изменение на функция предполага реконструкция по адекватен начин на живота на индивида, която ще предизвика усилия у човека към успешна интеграция в обществото. Други автори не възприемат този възглед.

Harper (24, с. 859) провежда психологическо изследване на хора с увреждания, за да определи дали съществува връзка между личносто-

вите характеристики, типа увреждане, функционалното ниво на увреждане и скоростта на влошаване при хората с прогресивни заболявания.

2.3. Психологически и социални измерения на адаптацията към увреждане

В резултат на представения анализ става ясно, че психосоциалната адаптация трябва да се разглежда в две посоки. От една страна, – в психологическото измерение реакциите се разглеждат като вътрешно насочени. Те включват лични преживявания и силни емоции, като тревожност, депресия и гняв. От друга страна, социалната адаптация към физическото увреждане е външно насочена – тя се отнася към междуличностовите преживявания и действия в дома, на работното място и обществото като цяло.

Въз основа на приведените схващания **психологическите фази** на адаптацията към увреждането могат да се разбират като процес, чиято крайна **цел е по-голяма личностова отвореност към преживявания, подобро самоуважение, по-високо себесъзнаване и като цяло приемане и успешно справяне с последиците от личната загуба**, докато **социалните фази** от адаптацията към увреждането са компоненти на процес, който се състои в **движение от социалната изолация и междуличностово дистанциране** (напр. поведения, проявяващи се по време на тревожност и депресия) **чрез действия срещу другите** (напр. тенденции на съпротива, забелязвани по време на интернализиран гняв и екстернализираната враждебност) **към сътрудничество с другите** (напр. придобиване на социални умения, социална интеракция, участие в семейни, социални, професионални и непрофесионални дейности).

Реализирането и целта на социалната адаптация накратко могат да се изразят като път, започващ в условия на зависимост от другите, преминаващ през положение на независимост и завършващ в състояние на взаимозависимост с другите.

Важна е ролята на емоционалната подкрепа от близките в този период. Това влияние се изразява в това, че показва, че въпреки увреждането носителят му все още е приет от своята общност. Възприеманата социална дискриминация срещу хората с увреждания кара индивида да се чувства точно обратното – той се чувства отхвърлен и обявен за негоден, недъгав, невалиден, поради своето увреждане.

Ето защо, психосоциалната адаптация към увреждането се затруднява силно не толкова от ограничените или загубени телесни функции на индивида, колкото от негативните социални нагласи и стереотипи към хора с увреждания.

Сериозен недостатък на литературата по въпроса за адаптирането към увреждане е липсата на разграничение между процесите на приемане на увреждането и приемане на инвалидността.

Facklam определя увреждането като физически, соматични ограничения в тялото на индивида, докато инвалидността изразява ограниченията в неговото социално функциониране, предизвикани от увреждане, от една страна, и факторите на социалната и архитектурна среда, от друга. С други думи увреждането се изразява в обективните патологични последици за тялото на индивида (телесния Аз), а инвалидността – като увреждане на социалния му Аз. Увреждането представлява загуба на част от тялото или на телесна функция. Инвалидността се проявява в социалното измерение на увреждането. тя е свързана с идентичността на индивида към негативните, социалните предразсъдъци към хора с увреждания. Тя също представлява загуба – на независимостта, достойнството, загуба на предишните социални взаимоотношения или предефинирането им в негативен план.

Murphy (20, с. 4) разглежда физическото увреждане като “болест на социалните връзки не по-малко истинска – от парализата на тялото”.

Последиците от увреждането могат да бъдат: ограничена мобилност, хронична болка, невъзможност за практикуване на действия, изискващи физическа сила (спорт, танци). Последиците от инвалидността са далеч по-широки – най-общо могат да бъдат дефинирани като ограничаване на възможностите за участие в социалния живот.

За съжаление в литературата липсват данни за взаимовръзката между увреждането и инвалидността и повечето автори не правят разлика между двете понятия, което вероятно се основава на убеждението, че увреждането автоматично, задължително и без изключение води след себе си инвалидността.

Така разгледан процесът на психосоциална адаптация към физическото увреждане е всъщност движение към психична зрялост, която помага на индивида да разграничи реалните (наложени му от уврежда-

нето) ограничения и перспективи, и тези, оформени от социалните предразсъдъци.

Автентичност на психосоциалната адаптация при личността с увреждане означава приемане на увреждането и действителните ограничения, наложени от него във **физически план** (мобилност), **личностен** (променен в негативен план Аз-концепт) и **социален план** (невъзможност за пълноценно участие в дейности, предполагащи физически способности, засегнати от увреждането), като едновременно с това, **личността защита идентичността си от нерелевантните за нея атрибути на инвалидността, обусловени от стереотипите в обществото.**

От друга страна – приемането на увреждане не е тъждествено на приемане на инвалидността. Работата с хора с увреждания би трябвало да е в посока на това да им се покаже, че увреждането не води непременно до инвалидност, т.е. че неблагоприятните, социални последици от увреждането могат и трябва да бъдат ограничени (напр. социалната изолация).

За доуточняване и разширяване на представата за адаптацията към увреждане е необходимо да се разгледа и ролята на стереотипите към хората със специални нужди.

Стереотипът е термин, който може да се дефинира като: ”относително прост и стабилен набор от черти, трайно прикрепени към дадена категория хора”.

Стереотипите са част от социалните възприятия. Те подсилват способността на личността да групира информацията и по този начин да се освободи от постоянния анализ и синтез, чрез който се изгражда социалното знание за реалността. Всъщност стереотипът “скъсява” значително пътя за достигане до конкретно умозаклучение. Това е така, защото стереотипът съдържа в себе си готови изводи и заключения:

Често в процеса на изграждане на стереотипите хората са застрашени от възможността да попаднат в заблуда. Това означава да се изгради погрешен стереотип – или с други думи предразсъдък. Някои от най-често срещаните грешки при формирането на стереотипите са:

1. “Помитаца” генерализация. Всеки стереотип е една генерализация. Помитащата генерализация представлява прикачване на харак-

теристиките на групата върху отделния индивид. Често, когато си представяме отделни социални групи, в нас изниква представата за “средностатистическия член” – индивид, съчетаващ в себе си всички характеристики на своята група. Всъщност такива “средностатистически” хора не съществуват, затова поставянето в “калп” на отделния индивид с рамката на групата ме, обикновено не е съвсем точно.

2. Прибързана генерализация. Това означава да вземем чертите на един човек и да предположим, че те принадлежат на групата му като цяло. Поговорката “не съди за цялата гора само от едно дърво”, мъдро ни предпазва от подобна генерализация.

3. Информация от втора ръка. Много често заключенията, които правим са основани не на личен опит, а на чужда информация.

4. Остаряла информация. Нерядко стереотипи са изградени върху информация, която е била вярна преди време, но вече не е. Остарялата информация е един от най-силните фактори, които възпрепятстват промяната в статуса на дадена социална група.

5. Неоправдани заключения. Склонни сме да правим заключения, ползвайки като основа нашата собствена социална група. Но заключенията, които правим може да не бъдат точни, ако се приемат извън нашата група и обществено положение.

6. Яркост. Ние обикновено правим нашите заключения от информацията, която се набива най-ярко в очи. И обикновено най-ярко се набиват в очи не най-съществените признаци. Като пример могат да се посочат хората с увреждания, ползващи инвалидни колички – това което най-много ни прави впечатление при срещата с такъв човек е именно инвалидната количка. Едва след по-продължителен разговор започваме да опознаваме характера, интересите и убежденията на личността.

Понятието “предразсъдък” подсказва, че става въпрос за заключение, направено “преди” да “разсъдим”. Използвайки предразсъдъка човек няма нужда да разсъждава — той вече има готов отговор за дадена ситуация.

За множество българи хората с увреждания имат нужда от съчувствие и съжаление или, че физически непълноценните хора имат неадекватна емоционалност. Това убеждение произлиза от убедеността, че пред хората с увреждания няма перспектива за развитие, че те са силно ограничени както във физически, така и ментално.

Предразсъдъците към хората с увреждания са залегнали и в основата на използвания в България “медицински модел на инвалидността”. Именно те, предразсъдъците, са в основата на негативното отношение към увредените хора и са причината за бездействието на държавната администрация в областта на нормативните актове и архитектурната среда. С други думи, нежеланието за преустройство, за преодоляване на архитектурните бариери е продиктувано от вътрешното убеждение за “безсмислеността” на подобно преустройство.

В този случай, абсолютно допустимо е да се говори за пълно отъждествяване на себеидентичността на човек с увреждане (т.е. идентификация) със залегналите в общественото мнение стереотипи за “инвалида”. Това тъждество, обикновено се среща при хора с вродени тежки увреждания. Повечето предразсъдъци, които обществото има към хората с увреждания присъстват в Аз-образа на носителя на увреждането. Съдържателно Аз-образът включва представата за себе си като нещастен, беспомощен и страдащ човек. Такъв човек, във вътрешно-психичен аспект се интернализира като абсолютно некомпетентен да се грижи за своя живот и да взема отговорни решения. Липсата на чувство за отговорност относно собствения живот и неспособността (или нежеланието) за вземане на собствени решения води до желанието за съжаление и обгрижване. Поведението на хората с увреждане се характеризира с пасивност и силна зависимост от външните фактори.

В своя монографиче труд “Отвъд принципа на удоволствието” Зигмунд Фройд описва една много интересна подробност от всяко боледуване – **“печалбата от болестта”**. Нещо повече, той прилага тази идея към повечето психологически разстройства и посочва, че много често неврозите прикриват далеч по-сериозни проблеми, срещу които личността не желае да се изправи. Появата на неврозата “откъсва” мислите на човека от същинския проблем, като изкуствено създава нов. Това е “печалба”. И докато човек има печалба от дадено поведение, той не е склонен да се откаже от него (дори да желае това на съзнателно ниво).

Този епифеномен – “печалбата от болестта” може да се приложи към всяка психична болест и към всяко соматично заболяване, въпреки че тук връзката може да не е така ясна, както при психическото или психосоматично разстройство на даден орган или система на тялото, предизвикани от психически фактори.

Печалбите от това да бъдеш “инвалид” могат деа имат следните измерения:

- финансови облекчения (данъчни облекчения, безплатен градски транспорт и т.н.);
- състрадание и топло отношение от повечето хора;
- ниски очаквания и изисквания от околните;
- липса на отговорност;
- липса на изразена критичност към поведението на индивида с увреждане;
- оправдание за неспособността;
- липса на желание и инетрност към настоящето и бъдещето.

Тук става въпрос за случаите, когато човек се оценява като по-неспособен и по-увреден, отколкото е, когато не извършва дадени действия, дори когато може да ги направи. Някои психолози описват този феномен и с термина за “заучена безпомощност”.

В този случай човекът с увреждане е копие на стереотипа – неадекватен, безпомощен, инфантилен, неотговорен, страдащ, нуждаещ се от грижи и съжаление. Често поведението на неговото обкръжение включва свръхопека. Близките му се грижат за всичко, създавайки у него убеждение, че е неспособен сам да се грижи за себе си (дори когато реално би могъл). Още като дете с увреждане вече зрелият индивид със специфични нужди никога не е бил окуражаван да взима самостоятелни решения, той така и не развива способност за самостоятелност и решителност. За съжаление много често срещани в България са случаите, когато интелектуално запазени деца не завършват средно, а дори и основно образование, тъй като техните близки са преценили, че е по-добре “да не ги мъчат”. В стремежа си да създадат възможно най-защитени условия за живот на своето дете с увреждане, родителите го лишават от възможността да се социализира и интегрира към общността по естествен начин. Всичко това е в съответствие с философията на медицинския модел.

Понякога става въпрос за много тежки физически заболявания, силно ограничаващи личната свобода и възможности и изискващи постоянни грижи от околните. В тези случаи човекът има много малък шанс да развие своите способности и да приеме философията на социалния модел. Въпреки това има случаи, когато хора в такова безна-

деждно физическо положение са преодолявали, чрез собствения си психически потенциал “предписаната“ им от обществото инертност и пасивност, постигайки в своята професия резултати, далеч надхвърлящи способностите на повечето здрави хора.

Известни са дискусиите в научния печат, изясняващи **същността на борбата на идентичността срещу “инвалидността”**.

Обикновено такъв проблем имат хора, които са получили увреждания по време на своя жизнен път – т.е. не са родени с тях, или хора, страдащи от прогресивни заболявания или хора, на които се е наложило в даден момент от живота си да променят своята социална идентичност. Тежестта на проблема се засилва и поради факта, че групата на “инвалидите” е група с много нисък социален престиж и често поставена в неизгодно, зависимо положение спрямо останалите социални групи.

Хора, които са получили някакво увреждане по време на своя жизнен път, са принудени да преминат през процес на **“ресоциализация”** – от една социална група да се прехвърлят в друга. Те трябва коренно да променят социалната си идентичност. Новата идентичност не е идентичност, основана на сходство в интересите и ценностите на отделните членове на групата. Това е идентичност, наложена от увреждане, идентичност на недостатъците, на непригодността за нормален живот, на “недъгавостта”. Подобна социална идентичност е нормално да бъде отбягвана от всеки здравомислещ човек, тъй като тя носи почти изцяло само негативни характеристики на членовете на групата.

Основният проблем е, че човекът с увреждане възприема групата на хората с увреждания в изключително негативна светлина. Тази негативна оценка за собствената група тласка човек да се “бори” срещу своята социална идентичност или да се мъчи да промени оценката на другите социални групи за нея. Малко хора искат другите да ги възприемат като “нещастни хора, сакати хора, с неадекватна психика и емоционалност” – както насочва стереотипът. От този стереотип за “инвалидите” не са заслепени само членовете на групата на здравите индивиди, от него са повлияни и самите хора с увреждания. Те са възпитавани в същото общество, към което принадлежат и техните здрави връстници – в случая българското общество. Ето защо и техният

Аз-образ ще бъде повлиян от стереотипа. Но за разлика от хората, приели идентичността “инвалид”, те избират да се борят срещу тази идентичност. Всъщност тези хора се борят срещу чувството, “че си инвалид”. Срещу това усещане, хората с увреждания или хронична болест изправят целия си арсенал от психологически защити.

Viemero и Krause (23, с. 317) изследват Качеството на Живот на индивиди с тежки физически увреждания. Те посочват, че въпреки голямото подобрене на хора с тежки физически увреждания през последните две десетилетия, някои от тях не успяват да се справят добре в ежедневиия живот, без значение от колко време имат увреждане. Тези, които се приспособяват добре са способни на това, независимо от степента на физическото им увреждане – т.е. че разполагат с психологически качества, които им помагат да се адаптират успешно, независимо от обстоятелствата.

Авторите изследват 45 индивиди с физически увреждания от Финландия и Швеция чрез въпросник и индивидуално интервю. Количественият анализ показва, *че удовлетворението от собствения живот е функция от работата или заниманията на човека с увреждане, социалната интеграция и усещането му за смисъл в живота.* Изследванията също показват, че периода от време след началото на увреждането и рисков фактор за удовлетвореността на индивида. Заключение е, че увреждането само по себе си не намалява качеството на живот. От най-голяма важност е капацитета на индивида да се справя с всекидневния живот и проблемите, които той представя. На основата на своето изследване, авторите препоръчват трудовата реализация или съдържателното занимание, както и социалната интеграция през различните фази от живота, да се вземат в предвид при планирането на бъдещите програми за интервенция.

Анализът върху адаптацията към увреждане има пред вид и факта, че физическото увреждане предизвиква силен стрес, което предполага и фокус към арсенала от копинг-стратегии на индивида.

Natterlund и Gunnarson (25, с. 776) провеждат изследване, в което оценяват извадка от индивиди, болни от мускулна дистрофия (МД) два пъти – през период от 5 години. Техните резултати се основават на разликите между първото и второто изследване. Те показват, че съществуват слаби до умерени корелации между копинг стратегиите

и качеството на живот. Качеството на живот е субективен параметър, който може да бъде измерен обективно с помощта на надеждни и валидни въпросници.

Повишените нива на “Безпомощност/безнадеждност” са свързани с ниско качество на живот, което потвърждава и предишни изследвания, касаещи индивиди с мускулна дистрофия и онкологично болни.

Съществува и корелация между “Борещ се дух” и влошаването на качеството на живот. Този резултат контрастира с данните, получени от онкологично болни в предхождащи изследвания, където “Борещ се дух” корелира с по-добро психосоциално благополучие.

Авторите предполагат, че тази разлика може да се дължи на различната природа на двата типа увреждания. Онкологично болните могат да се борят срещу гаденето и болката чрез проблемно-фокусирани копинги – пример за това е използването на лекарства. От друга страна пациент с мускулна слабост не може да направи нищо за да победи парализата. Ако това предположение е вярно “Борещ се дух” означава, че индивидът е нереалистично настроен относно това, което е под негов контрол пред лицето на прогресивна болест като мускулната дистрофия.

В друго свое изследван, същите автори обръщат повече внимание и на социалните последствия от болестта. Техните резултати посочват, че увеличаващата се мускулна слабост при мускулната дистрофия пациенти, сблъсква засегнатите с много проблеми във всекидневния живот, което може да доведе влошаване на качеството на живот. Повече от половината от изследваните лица имат усещане за социална изолация. Ограниченията, наложени от увреждането, водят до по-заседнали дейности вкъщи, в същото време социалните мрежи се стопяват. Авторите посочват, че когато трудностите станат постоянни, съзнателни и част от живота, индивидът може да загуби всяка надежда. Тези хора се изолират социално и не участват в никакви дейности. Вероятно това е аспект от депресивно състояние. Безпомощност/безнадеждност е честа реакция в случаите на мускулна дистрофия (с. 780).

Стресът може да бъде предизвикан от загуба, а хората с прогресивни заболявания преживяват повтарящи се загуби на способности, които те високо ценят. Това е описано в литературата като хронична/епизодична скръб, изразяваща се в периоди на скръб и стрес, заменящи

се от периоди на мир и щастие. В случай на хронична болест, загубите на независимост и контрол, статус и социални роли, а също и идентичността на индивида като здрав човек, са често сръщани. Отключващият фактор за тези състояния може да бъде новопоявило се функционално затруднение, което налага употребата на ново техническо средство за помощ – например инвалидна количка.

Необходимостта от ползване на инвалидна количка и привикването към нея често води до състояния на депресия, тревожност и чувство за безпомощност и обреченост. Много хора избягват да я ползват, дори когато необходимостта от нея е крайно наложителна. Всъщност инвалидната количка значително би трябвало да намали стреса и прекомерните физически усилия, да предизвика по-голяма независимост у индивида, както и да повиши в значителна степен неговата мобилност. Проблемът с приемането ѝ като необходимо средство за помощ вероятно се крие в нейното символно значение – тя е знак за инвалидност и непълноценност, с който никой не желае да бъде белязан.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Анициферова, Л.** Развитие и съвременно състояние на чуждестранната психология. С., Народно издателство, 1979.
2. **Бостанджиев, Р.** Сексуалност и здраве. С., Сиела, 1998.
3. **Бренър, Ч.** Психоанализа. Основен курс. С., Отворено общество, 1993.
4. **Бурлачук, Л. Ф.** Основы психотерапии. М., 1999.
5. **Денкова, П.** Толерантността. Философия за всички. С., 1995.
6. **Дерменджиева, Д.** Цикъл лекции “Психологическото консултиране на лица и групи в риск”, 2002.
7. Енциклопедия Психология. С., Наука и изкуство, 1998.
8. **Кутева, В.** Психолого-педагогическо консултиране. В. Търново, Faber, 2000.
9. **Митева, П.** Очи в очи. Национална библиотека “Св. св. Кирил и Методий”, С., 2000.
10. **Нельсон – Джоунс, Р.** Теория и критика консултирования. Санкт Петербург, Питер, 2000.
11. **Петкова, П.** Цикъл лекции “Етапи на консултирането”. БСУ, 1998.

12. **Пиръов, Г.** Психологическа консултация в семейството и училището, Педагогика, 1996.
13. **Сидоров, П. И.** Введение в клиническую психологию. Т. II. М., 2000.
14. **Тодорова, Е.** Реалната помощ. Албатрос, 1999.
15. **Тодорова Е.** Социална психология. Варна, Черноризец Храбър, 1995.
16. **Фройд, А.** Егото и защитните механизми. С., 2000.
17. **Фройд, З.** Отвъд принципа на удоволствието. С., Наука и изкуство, 1992.
18. **Шулман, Л.** Изкуството да се помага. Фондация Невронауки и поведение, 1994.
19. **Antonak, R., Livneh, H.** Psychosocial Adaptation to Disability and Its Investigation among Persons with Multiple Sclerosis. Journal of Social Science and Medicine. Vol. 40, 1995.
20. **Caplan, G.** Support systems and community mental health: Lectures on concept development. New York, 1974.
21. **Facklam, J.** Psychosocial Impact of Disability, URL <http://www.gse.buffalo.edu/fas/facklam/649/lecture6.htm>
22. Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R., & Delongis, A., Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 1986.
23. **Frank, R. G., Van Valin, P. H. and Elliott, T. R.** Adjustment to spinal cord injury: A review of empirical and non-empirical studies, J. Rehabil, Vol. 53, 1987.
24. **Harper, D.** Personality correlates and degree of impairment in male adolescents with progressive and nonprogressive physical disorders. J. Clin. Psychol, Vol. 39, 1983.
25. **Nugent, Frank A.** An Introduction to the Profession of Counseling. Merrill Publishing Company, 1990.