

РОССИЙСКАЯ МЕНТАЛЬНОСТЬ В АСПЕКТЕ ИНТЕГРАЦИИ ИНВАЛИДОВ

В статье представлен социально-психологический анализ проблемы ментального расслоения современного российского общества в рамках концепции социальной полезности его граждан и детерминированных этой проблемой последствий, таких, как маргинализация инвалидов и формирование в их среде «культуры бедности». Стойкость стереотипов «культуры полезности» рассматривается с позиций теории «огруппленного мышления», соотносимой с идеологически формировавшимся и существовавшим в советское время духом коллективизма. В контексте развития гуманистической парадигмы «единого общества» – равноправных отношений его членов и групп – подчеркивается актуальность создания культуральной модели интеграции, отмечаются ее отдельные приоритеты.

Массовое сознание имеет в основном обыденный характер и выражается в общественном мнении и массовых настроениях. Скрытое или явное отношение общности к происходящим событиям и бытующим явлениям – это оценочные, аналитические, конструктивные или деструктивные суждения, регулирующие поведение людей, социальных групп и политических институтов. Общественное мнение вырабатывает или ассимилирует из сферы науки, идеологии, религии и насаждает определенные нормы общественных отношений.

Спецификой массового сознания в России является особый тип социальной психики, отличающийся доминированием массовой психологии над развитием индивидуального сознания. Общинность, массовость, эмоциональность, иррациональность до сих пор преобладают в национальной психологии, констатирует ее исследователь Д.В. Ольшанский.

Интеграция в общество лиц с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности как социокультурный процесс – явление в истории России относительно молодое. Хотя стихийные формы интеграции и присутствовали в практике образования, в трудовой деятельности инвалидов, до настоящего времени они представляют собой скорее исключение из общего правила.

До середины XX в. идея социальной ценности того или иного индивида или определенной социальной группы оправдывала в мировом сообществе выделение «граждан второго сорта». Приоритет интересов общества над интересами личности фактически узаконивал статус социальной «малоценности» таких граждан. В этом контексте ценность специального образования и социальной реабилитации заключалась только в приобщении человека с ограниченными возможностями к общественно полезному труду через коррекцию и компенсацию дефекта с тем, чтобы инвалид не был обузой для

общества. Общество корректировало людей, заранее объявляя их неполноценными, под свои нормы и правила.

В СССР еще в 30-е гг. XX в. целью специального образования была официально объявлена «перековка» «дефективных» в социально полезных и активных строителей социализма и коммунизма. Сформировалась и многие десятилетия существовала в нашей стране патерналистская, ограничительно-покровительственная позиция общества и государства по отношению к лицам с ограниченными возможностями, последствиями которой стали:

– *воспроизведение культуры бедности* такими людьми: характер образования, не обеспечивающий достижения высокого уровня социальной адаптированности, конкурентоспособности на рынке труда, получения престижной профессии и высокой квалификации, приучает к низкому качеству жизни с мизерной пенсией и низкооплачиваемой работой;

– *стойкая маргинализация* инвалидов: ограничение возможностей в выборе, принятии и реализации доступных социальных ролей, выполнении социокультурных функций и т. д.;

– *нарушение социальных отношений*, активности, полноценного участия в семейной жизни: незначительная и нерегулярная помощь имеет традиционно призренческий характер, а службы соцобеспечения не могут удовлетворить социокультурные потребности;

– *формирование иждивенческих установок*: многие инвалиды не считают свой труд средством материального обеспечения жизни, ориентируются только на социальную помощь, пенсионное обеспечение, благотворительность.

В рамках гуманистической парадигмы в понимании самоценности и уникальности жизни человека, в признании приоритета интересов личности над интересами общества формируется новая концепция социальной реабилитации – концепция независимого образа жизни

с достижением максимальной самостоятельности в широком смысле этого слова. Вместе с тем человек, нуждающийся в такой реабилитации, значительно больше, чем обычный, зависит от эмоциональных и социальных отношений среды, отмечает Л. Пожар. В реализации социальных ролей, их принятии и выполнении аномальным индивидом проявляется обусловленность самим фактом аномальности.

Готово ли психологически наше «стандартное» общество принять «иногое» человека как равного, признать его право на индивидуальность и особенный жизненный путь? Отказ от деления на «мы» и «они», на полноценных и неполноценных весьма проблематичен для очень многих. Социальные репрезентации формируются с раннего детства, фиксируются как достаточно жесткие стереотипы и функционируют во многом на подсознательном уровне.

Различия и исключительность общество склонно принимать скорее как что-то чуждое или даже опасное и значительно реже – как то, что можно принимать и приветствовать. Социальная роль – это в большей мере ожидание от нас окружающими определенного поведения, чем внутренне принятая нами схема. Выполнение роли оценивается не на основе того, как человек старался ее выполнить, а на основе результатов. Недоверие и недооценка воздействуют на ожидания в отношении поведения и деятельности человека с ограниченными возможностями, а это, в свою очередь, находит отражение в его личности: он принимает на себя определенную роль аномального человека.

Представление о том, что уменьшение функциональных возможностей автоматически приводит к сужению круга потребностей человека, и прежде всего не элементарных, а определяющих сущность жизни, до сих пор доминирует в обыденном сознании. Понятия *инвалид* и *инвалидность* содержат перечисление частных неспособностей без учета индивидуальности личности. Однако драма инвалидности, с психологической точки зрения, – в конфликте полноценных человеческих потребностей с ограниченными возможностями их реализации, представляющем собой один из главных механизмов постепенной деформации личности. Следовательно, подлинная реабилитация – это условия, при которых инвалид имел бы минимальные препятствия в реализации своих *личностных* ценностей.

Подавляющее большинство респондентов социологических опросов, проводившихся в

нашей стране, в том числе и в нашем вузе, характеризует инвалидов прежде всего с негативной стороны («несчастный», «больной», «подозрительный» и т. п.) и отмечает особое чувство напряженности и настороженности, возникающее в ситуациях вынужденного общения с ними. Это не враждебность, а скорее страх «непредсказуемости» человека, обладающего какими-то «особыми» свойствами и качествами. Одновременно степень информированности общества о положении и проблемах инвалидов крайне незначительна, что обуславливает жесткость негативных или амбивалентных установок по отношению к ним.

Как возникают и чем могут поддерживаться подобные установки? Составляющей Я-концепции индивида является социальная идентичность – аспект «мы», позволяющий отнести себя к какой-либо группе. Описанная выше специфика массового сознания россиян делает, на наш взгляд, правомерным его анализ в рамках социально-психологического феномена «огруппления мышления». И. Джанис (I. Janis) раскрывает его сущность как стремление группы подавить несогласие внутри себя в интересах сохранения групповой гармонии. Это стремление может существенно вредить реализму в оценке каких-либо фактов и явлений и приводить к формированию стереотипов. Содержание обыденных представлений о проблемах инвалидности и инвалидов прямым образом соотносится с такими симптомами «огруппленного мышления», как иллюзия собственной неуязвимости, рационализация, никем не оспариваемая вера в этичность группы, стереотипные представления о других, наличие «умохранителей», защищающих группу от нежелательной информации, давление конформизма.

Иллюзия неуязвимости определяется как излишний оптимизм, не дающий увидеть признаки опасности. Доминирование иррациональных компонентов в сознании и самосознании россиян уходит своими корнями в традиционные представления православия о болезни (дефекте, физическом или психическом недостатке) как следствии индивидуального греха или общей греховности человеческой природы. С православной точки зрения, болезнь закономерна, поскольку грехопадение Адама и Евы сделало человеческое тело склонным к болезням, старости, смерти, и, кроме этого, человек вольно или невольно сам впадает в грехи, ведущие к болезням. Преподобный Ефим Си-

рин указывает: «Причина болезни – грех, своя собственная воля, а не какая-либо необходимость». Интересно, что болезнь в подобных метафизических интерпретациях понимается в терминах морали или религии как вина и наказание не только за собственные грехи, но и за грехи родителей и даже прародителей («до седьмого колена»).

В сознании современного «неверующего» человека иллюзия неуязвимости опирается на феномен представления о «справедливом мире»: каждый человек всегда получает то, что заслуживает. Таким образом, преуспевающие убеждают себя в том, что они заслужили свое преуспевание, а неудачи других – это тоже воздаяние по заслугам: бедные не заслуживают лучшего, потому что ленивы или имеют много детей, а больные несут ответственность за свои болезни. Такое представление позволяет при сравнении себя с лицами с ограниченными возможностями испытывать чувство специфического превосходства, уходить от ответственности за них, скептически относиться к благотворительности.

Рационализация – объяснение и оправдание своих решений и суждений вместо их обдумывания и пересмотра – является в определенной степени производной популяризации среди населения естественнонаучного подхода к интерпретации болезни, порождающего к ней отчужденное отношение и делающего болезнь независимой от человеческой индивидуальности. При оценке деятельности человека с тем или иным ограничением в первую очередь обращается внимание именно на это ограничение, приводящее к низкой эффективности затраченных усилий, и игнорируется психофизиологическая цена полученных результатов и личный опыт перенесения трудностей и страданий.

Стремясь к самосохранению, общество устанавливает некий рациональный порядок социальной жизни с системой более или менее жестких мер защиты от аномального и асоциального и четко обозначает область приемлемого, «нормального». В этом ракурсе аномальность и инвалидность – объекты социальной заботы, принимающей форму тотального нормирования (например, группы инвалидности и распределение льгот между ними), а диагноз воспринимается как ярлык. Характерная для российского массового сознания крепость «задним умом», склонность к ретроспективной рефлексии с самообвинениями в ущерб рациональному планированию и прогнозированию жиз-

ни способствует живучести рационализации как симптома «огруппленного мышления».

Никем не оспариваемая *вера в этичность групповых представлений и наличие так называемых «умохранителей»* – характерные черты массового сознания и тоталитарного общественного устройства с идеями коллективизма и «демократии по вертикали», формирующего тип деиндивидуализированного человека. «Умохранители» – это отдельные члены группы, защищающие ее от информации, которая могла бы поднять вопросы морального характера или поставить под сомнение эффективность групповых решений.

Ограничение с первых дней советской власти прав общества на участие в воспитании ребенка-инвалида, отрыв его от семьи и помещение в закрытое интернатное учреждение, полная индифферентность средств массовой информации в вопросах освещения проблем инвалидов и инвалидности имели целью создание в массах населения иллюзии полного благополучия в этой социальной группе и отсутствия проблемы как таковой. Психологической базой для полной уверенности в превосходстве собственной системы заботы об инвалидах над всеми другими системами становились не критичность и завышенная самооценка как составляющие национальной массовой психологии.

Социологи и психологи выделяют два основных пути создания и поддержания широко распространенных предрассудков. Первый из них – сегрегация определенной группы с помощью социальных институтов (образования, правительства, СМИ); второй – политический. Н.А. Семашко, первый нарком здравоохранения Советской России, искренне считал и публично заявлял в свое время, что **все** болезни – суть пережиток прошлого государственного строя, следовательно, при коммунизме их не будет. Отсюда логически вытекало представление о болезни как преступлении перед обществом, лечение принимало принудительный характер, а вылечившись, человек должен был реабилитироваться – доказать свою пригодность обществу. Инвалид, лишенный руки, ноги, зрения, слуха, вынужден реабилитировать себя всю жизнь. Эти установки сохраняются и в современной России, поддерживаемые социальными институтами, тогда как в большинстве цивилизованных стран понятие «реабилитация» по отношению к перенесшим болезнь, травму и ставшим инвалидами уже признано

безнравственным и заменяется понятием «качество жизни».

Стереотипные представления об инвалидах – упрощенные негативные убеждения об их личностных качествах как группы – также во многом связаны с неоправданным распространением медицинских знаний (иногда в до неузнаваемости искаженном популярными изданиями виде) среди населения. Мы уже стали свидетелями перехода медицинских терминов в обиходную речь, в ругательства – «шизофреник», «дебил». Диагноз превращается в специфическое социальное отношение, в оценку личности социумом, который «знает», что в данном случае следует делать – лечить, изолировать, предоставлять льготы, дискриминировать и т. д.

Человеку, находящемуся под влиянием стереотипов, инвалиды не нравятся уже потому, что они не похожи на него самого; он убежден, что они опасны и непредсказуемы; он допускает дискриминацию в их отношении и даже покровительство выражает в такой форме, что усугубляет ситуацию. Так, инвалид, ребенок или взрослый, окружается назойливой заботой, лишаящей его возможности инициативы и самостоятельности, и тем самым субъект заботы персонализируется за счет деперсонализации инвалида, чувствуя себя при этом «благодетелем».

Социальное определение того, кем является человек, подразумевает определение того, кем он не является. Относя человека к категории «инвалиды», мы тем самым ограничиваем его право относиться к «нам». Это разделение на «мы» и «они» поддерживают определенные закономерности межгруппового общения. С одной стороны, чем менее близки наши отношения с той или иной группой, тем больше мы употребляем стереотипов; с другой – стереотипов тем больше, чем меньше группа и чем менее влиятельной она нам представляется, что и происходит в ситуации социальной перцепции по отношению к инвалидам.

Конформизм стереотипов и предрассудков проявляется в том, что они, сформировавшись однажды, сохраняются преимущественно по инерции и, если они принимаемы и одобряемы большинством, то многие люди идут по пути наименьшего сопротивления. Они поступают в соответствии с предрассудками не потому, что чувствуют в этом внутреннюю потребность, а просто потому, что «так делают все». Общинность и массовость нашей национальной психологии оказываются внутренним тормозом для преодоления стереотипов и формирования индивидуализированных установок.

Симптомы «огруппленного мышления» как факторы, тормозящие социально-психологическую интеграцию инвалидов в современной России, не только распространены, но и весьма жизнестойки, что тесно связано с характеристиками национального сознания. Смена отношения российского общества к лицам с ограниченными возможностями, декларированная РФ путем ратификации деклараций мирового сообщества, для массового сознания может оцениваться как процесс, нацеленный на перспективу. Сохраняющийся неравный статус (не только материальный, но и социальный) здоровых и инвалидов определяет маргинальность последних. Налаживание отношений сотрудничества, отказ от дискриминации, явной и скрытой, создание современной культуральной модели интеграции общества в разных областях его жизни – таковы приоритеты формирования гуманистической парадигмы равноправных отношений отдельных членов общества и его социальных групп. В связи с этим продолжение теоретического и практического исследования различных социально-психологических аспектов интеграции лиц с ограниченными возможностями и здорового социума представляется насущно актуальным.

Список использованной литературы:

1. Бгажнокова И.М., Гамаюнова А.Н. Проблемы социальной адаптации детей-сирот с нарушениями интеллекта // Дефектология. – 1997. – №1.
2. Линьков В.В. Особенности социально-философского подхода к проблеме взаимоотношений государства и специального образования // Дефектология. – №1. – 1999.
3. Майерс Д. Социальная психология. – СПб., 2003.
4. Ольшанский Д.В. Психология масс. – СПб., 2002.
5. Пожар Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология. – М., 1996.