

8. Щербаков, Г.В. Психология преступного поведения: взгляд зарубежных ученых / Г.В. Щербаков, И.В. Лаврентьева // Приклад. юрид. психология. – 2016. – № 4. – С. 6–12.

9. Пастушеня, А.Н. Криминальная психология / А.Н. Пастушеня. – Минск : Акад. МВД, 2020. – 239 с.

10. Познышев, С.В. Криминальная психология: преступные типы / С.В. Познышев. – М. : ИНФРА-М, 2009. – 300 с.

11. Кудрявцев, В.Н. Генезис преступления. Опыт криминологического моделирования : учеб. пособие / В.Н. Кудрявцев. – М. : НОРМА, 2019. – 220 с.

12. Пастушеня, А.Н. Уровни психической регуляции социального поведения индивида и их учет в психологическом анализе преступления / А.Н. Пастушеня // Вестн. Акад. МВД Респ. Беларусь. – 2010. – № 2. – С. 152–156.

Дата поступления в редакцию: 13.04.2022

УДК 159.99

Ф.В. Пекарский

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ИНВАЛИДАМИ С УЧЕТОМ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ИХ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Посвящена анализу психологических аспектов поддержания высокого уровня эффективности труда сотрудников органов внутренних дел в работе с инвалидами. Осуществлен общий анализ феномена психологии общения с лицами с ограниченными возможностями и оценено современное состояние проблемы.

Ключевые слова: психология инвалидности, морально-психологическая чувствительность к инклюзивности.

F.V. Pekarsky

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF WORK WITH DISABLED PEOPLE IN CONSIDERING THE STATE OF HEALTH AND THEIR PSYCHOPHYSIOLOGICAL DEVELOPMENT

The article is devoted to the analysis of the psychological aspects of maintaining a high level of labor efficiency of employees of internal affairs bodies in working with people with disabilities. A general analysis of the phenomenon of the psychology of communication with persons with disabilities was carried out and the current state of the problem was assessed.

Keywords: psychology of disability, moral and psychological sensitivity to inclusiveness.

В норме поведение человека опосредовано совокупностью его жизненных целей, мотивов и ожиданий, подкрепленных актуальными психологическими ресурсами, выраженными, в свою очередь, общим психоэмоциональным состоянием. Физически и психически здоровый человек в значительной степени осознает свои возможности и ограничения и соизмеряет с ними энергозатратность действий по достижению тех или иных результатов социальной активности.

Несколько иной выглядит ситуация со стороны лиц, имеющих временные либо постоянные ограничения своих возможностей, – у инвалидов. Как граждане, они имеют полный набор прав и обязанностей, но не все из них им доступны без приложения особых усилий. Как лица с ограниченными возможностями, инвалиды часто сталкиваются с непониманием и недостаточной внимательностью со стороны других людей, в том числе, со стороны сотрудников органов внутренних дел при исполнении ими своих служебных обязанностей.

В моменте инвалидность может быть даже охарактеризована как особое психологическое состояние личности, которое включает в себя специфический набор установок, ожиданий, эмоциональных и поведенческих реакций на внешние стимулы и формы взаимодействия с другими [1].

В широком смысле слова инвалидность (от лат. *invalidus* – букв. «не-сильный») – это понятие для обозначения состояния человека с физическими, умственными, сенсорными или психическими отклонениями, при котором имеются препятствия или ограничения в его жизнедеятельности. Понятие «инвалидность» характеризует не просто наличие хронического заболевания или патологического состояния, которое ограничивает способности человека, оно указывает на особый характер взаимоотношений человека с инвалидностью с обществом [5].

Термин «инвалидность» одновременно является юридическим, медицинским и психологическим. Юридически инвалиды имеют право на определенные льготы, пенсионные выплаты, нуждаются в социальной реабилитации и помощи, для того чтобы могли чувствовать себя полноценными членами общества. С целью учета особенностей лиц с ограниченными возможностями выделяются специальные парковочные места у магазинов и организаций; занижаются ограничители тротуаров и т. п. для удобства проезда на инвалидных колясках; на отдельных пешеходных переходах светофоры оборудуются аппаратурой для воспроизведения специальных сигналов и др. В медицинском плане инвалиды нуждаются в особой медицинской помощи и сопровождении, в психологическом – они нуждаются в особом отношении, индивидуальной и социальной поддержке и принятии [2].

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на сегодня в мире насчитывается более 1 млрд людей с той или иной формой инвалидности, что составляет около 15 % населения планеты (и этот показатель постоянно растет) [1]. Многие из них живут в развивающихся странах, где нередко подвергаются дискриминации, насилию, эксплуатации, становятся жертвами предрассудков, стигматизации и жестокого обращения. Люди с инвалидностью нуждаются в специальных программах по социальной интеграции, расширении доступа даже к первичной медико-санитарной помощи, но прежде всего в психологически обоснованной системе коммуникации на всех уровнях общественных связей и отношений.

Инвалидность классифицируется по разным основаниям. При этом каждый выделяемый тип инвалидности характеризуется своими социально-психологическими и поведенческими особенностями. По основанию возраста лиц с ограниченными возможностями делят на детей-инвалидов и взрослых инвалидов. В зависимости от причины инвалидности – на инвалидов войны, труда, с детства и инвалидов по общему заболеванию. В зависимости от степени утраты способности к передвижению – на мобильных, маломобильных и неподвижных. В зависимости от нарушенной функции – на инвалидность в связи с расстройствами двигательной сферы; со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, выделения, органов внутренней секреции, обмена веществ; со стороны органов чувств: слуха, зрения, обоняния, осязания; инвалидность по причине психических расстройств, нарушений памяти, внимания, восприятия, воли, эмоций, речи.

Самой известной и употребляемой в связи с медико-юридическим обоснованием выступает классификация инвалидности в зависимости от степени утраты трудоспособности и способности к самообслуживанию: различают инвалидность I, II и III группы [3, 4].

I группа объединяет лиц, чья способность к самообслуживанию полностью утрачена. Инвалид зависит от окружающих, постоянно нуждается в их помощи и уходе. Способность к передвижению утрачена, человек не может передвигаться без чужой помощи. Отмечается дезориентация во времени и пространстве. Человек не может общаться с окружающими, не в состоянии контролировать свое поведение.

II группа. Способность к самообслуживанию утрачена частично: инвалид в состоянии себя обслуживать и передвигаться, но только с использованием специальных приспособлений или с помощью окружающих. Трудоспособность утрачена, либо человек может выполнять определенные виды работы, но нуждается в специальных условиях,

особом оснащении рабочего места, посторонней помощи. Способность к обучению утрачена, либо человек может обучаться в специальных учебных заведениях, по особой адаптированной программе, либо только в домашних условиях. Ориентация во времени и пространстве, контроль над своим поведением возможны с помощью посторонних. Для того чтобы общаться с окружающими людьми, нужна посторонняя помощь или специальные устройства.

III группа. Человек может себя обслуживать, применяя специальные вспомогательные средства. Он может передвигаться, но медленнее, чем здоровые люди, на меньшие расстояния. Способность к обучению сохраняется, но нужен специальный режим, помощь других людей помимо педагогов. Люди с III группой инвалидности не могут работать по профессии, вынуждены выполнять менее квалифицированную работу, в меньших объемах. Для адекватной ориентации во времени и пространстве нужны вспомогательные устройства. Скорость общения снижается, человек способен усваивать и передавать меньшие объемы информации.

Для многих людей общение с лицами с ограниченными возможностями становится настоящим испытанием, тем более неловкость могут обнаруживать сотрудники правоохранительных органов в процессе реализации своих профессиональных функций. Люди боятся задеть инвалида неосторожным словом, взглядом, вынудить его почувствовать себя некомфортно. Сотрудники могут испытывать даже некоторое чувство вины, связанное с психологически воспринимаемой возможностью оказаться в моменте менее вежливым и внимательным к гражданину, чем того требует ситуация и его внутреннее намерение. В связи с чем и сотрудники, и многие граждане в целом нуждаются в базовом просвещении относительно психологически обоснованных способов взаимодействия с инвалидами с учетом особенностей их восприятия внешних интервенций в свой адрес.

Учет психологических особенностей поведения инвалидов из разных групп, связанных с наличием у них различных возможностей самопомощи и ориентации в окружающем их пространстве, предполагает следование перечню элементарных рекомендаций. Так, по убеждению большинства исследователей данного вопроса, **основное правило общения с инвалидами** заключается в том, что *никогда не следует показывать им свое превосходство и излишнюю сердобольность, навязчивое сочувствие.* Общаться с инвалидами нужно так же, как обычно общаетесь с остальными людьми, и вести себя при этом нужно так же, как обычно [4].

Всегда спрашивайте, нужна ли помощь, прежде чем оказать ее. Более того, предлагать помощь следует, только если есть готовность ее

оказать. Обе стороны общения могут оказаться в очень сильном замешательстве, если произойдет обратное.

Если предложение о помощи принято, следует спросить, что нужно делать и далее четко следовать инструкциям. Инвалид лучше понимает, в чем его нужда, и какая помощь ему требуется. Делая же что-то за инвалида, мы невольно «реинвалидируем» его, делая еще более беспомощным из-за потери им ранее доступного функционала как способа самоконтроля и контроля взаимодействия с внешним миром.

Если возможно, перед началом общения следует расположиться так, чтобы ваши лица были на одном уровне, соответственно, избегая положения, при котором собеседнику из числа лиц с ограниченными возможностями приходилось бы запрокидывать голову.

Если существуют архитектурные барьеры, следует предупредить о них, чтобы человек, испытывающий трудности при передвижении, заранее имел возможность принимать решения. Яркое солнце или тень тоже могут быть барьерами для слабовидящих либо лиц с ограничениями мобильности. При спуске или подъеме по ступенькам следует вести незрячего перпендикулярно к ним. Передвигаясь, не делать рывков, резких движений, заранее предупреждая об их необходимости, например, по объективным причинам.

Прежде чем заговорить с человеком, у которого понижен слух, следует дать знак, что вы собираетесь ему что-то сказать. Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, можно помахать ему рукой или похлопать по плечу. Далее, разговаривая с человеком, у которого плохой слух, необходимо смотреть прямо на него. Инвалид должен иметь возможность следить за выражением вашего лица и понимать, что ваши слова адресованы именно ему. Говорить при этом следует медленно и отчетливо, слегка усилив артикуляцию произносимых звуков, используя простые фразы и избегая несущественных слов. Важно убедиться, что вас поняли. Не стесняться переспрашивать, понял ли вас собеседник.

Иногда контакт достигается, если неслышащему говорить шепотом. В этом случае улучшается артикуляция рта, что облегчает чтение с губ. В то же время следует знать, что не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам. Вам лучше всего спросить об этом в начале разговора. Но даже если ваш собеседник обладает этим навыком, необходимо иметь в виду, что, согласно статистике, только три из десяти слов хорошо прочитываются по губам.

Если вы сообщаете информацию, которая включает в себя номер, технический или другой сложный термин, адрес, напишите ее, чтобы она была точно понята. В целом, если существуют трудности при устном общении, спросите, не будет ли проще переписываться.

Очень часто глухие используют язык жестов. Если приходится общаться через сурдопереводчика, не следует забывать, что обращаться нужно непосредственно к собеседнику, а не к переводчику.

Позитивным фактом в этом месте можно назвать развитую практику обучения сотрудников практических подразделений основам жестового языка, что снижает потребность в привлечении сурдопереводчиков, а также способствует повышению авторитета и признания самих сотрудников в глазах лиц с ограниченными возможностями.

При общении с людьми с нарушением зрения, предлагая свою помощь, нужно ненавязчиво направлять человека, не стискивать его руку, идти с обычной скоростью. Передвигаясь, не следует делать рывков, резких движений. Не нужно хватать слепого человека и тащить его за собой. Важно кратко описать, где вы находитесь, предупреждать о препятствиях: ступенях, резких поворотах, низких притолах и т. п.

Если вы собираетесь читать незрячему человеку, сначала предупредите об этом. Говорить при этом следует нормальным голосом. Не пропускать информацию, если об этом не попросят.

Всегда следует обращаться непосредственно к человеку, даже если он вас не видит, а не к его зрячему компаньону, – этот момент хорошо чувствуется лицами с ограничениями по зрению. Нужно называть себя и представлять других собеседников, а также остальных присутствующих, если они участвуют в коммуникативном акте даже просто наблюдателями. Когда же общение происходит сразу с группой незрячих людей, не следует забывать каждый раз называть того, к кому обращаетесь.

Когда вы предлагаете незрячему человеку сесть, не усаживайте его, а направьте руку на спинку стула или подлокотник.

Нельзя заставлять незрячего собеседника вещать в пустоту. Если необходимо переместиться, следует предупредить инвалида по зрению.

Вполне нормально употреблять выражение «смотреть». Для незрячего человека это означает «видеть руками», осязать.

При общении с людьми с задержкой в развитии и проблемами общения нужно использовать доступный язык, выражаться точно и по делу. Не следует при этом думать, что вас не поймут. Исходите из того, что взрослый человек с задержкой в развитии имеет такой же опыт, как и любой другой взрослый человек. При этом важно быть готовым повторить свое речевое послание несколько раз. Нельзя сдаваться, если с первого раза не поняли. С людьми, имеющими психические нарушения, также нельзя говорить резко, даже если для этого есть основания. Не следует также думать, что люди с психическими нарушениями более других склонны к внезапным вспышкам насилия. Если вы дружелюбны и спокойны, они также будут чувствовать себя спокойно.

Не следует перебивать и поправлять человека, который испытывает трудности в речи. Начинайте говорить только тогда, когда убедитесь, что он уже закончил свою мысль. Не пытайтесь ускорить разговор. Будьте готовы к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью займет больше времени. Не нужно думать, что затруднения в речи – это показатель низкого уровня интеллекта человека. Как правило, это результат органических нарушений в работе головного мозга, не связанных с логикой и другими аспектами мышления. Для оптимизации процесса общения можно стараться задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка. Но ни в коем случае нельзя притворяться, если вы не поняли, что вам сказали. Не стесняйтесь переспросить. Будьте терпеливы. Если же вы спешите, лучше, извинившись, договориться об общении в другое время. Это психологически может быть лучшим выходом из ситуации, оптимальным для всех.

Как видно из приведенных примеров, особенности у общения с инвалидами есть. Но они не глобальны. Общение всегда может быть продуктивным и эффективным, если оба собеседника остаются на позициях здравого смысла.

Имеющиеся ограничения могут вызывать напряжение и раздражение, поэтому важно сохранять спокойствие и доброжелательность. В конце концов, если не будет понятно, что и как делать в моменте, всегда можно прямо спросить об этом своего собеседника. Не бойтесь задеть его этим, ведь тем самым вы показываете, что искренне заинтересованы в общении. Если вы стремитесь быть понятым, вас обязательно поймут.

Не бойтесь шутить. Шутка, тактичная и уместная, только поможет вам наладить общение и разрядить обстановку. Относитесь к другому человеку, как к себе самому, как равному, уважайте его, и тогда все будет хорошо.

Одна из главных проблем инвалидов – это одиночество, невозможность полноценного общения. Однако в каждом случае – свои трудности, и почти всегда они не лучшим образом сказываются на характере человека. Очень трудно и даже психологически невыносимо быть одиноким. Есть, конечно, и специфические, характерные для того или иного заболевания психологические особенности. Например, больным диабетом свойственна повышенная раздражительность, сердечникам – тревожность и страхи. Люди же с синдромом Дауна, как правило, добры и доверчивы.

Подводя черту, можно выделить перечень общих принципов при общении с инвалидами:

признание инвалида равным. Самое худшее, что мы можем сделать для лица с ограниченными возможностями, – это лишний раз напомнить ему, что он какой-то «не такой»;

быть искренним в том, что приемлемо и комфортно для вас; использовать возможности инвалидов, не делая за них важную часть их действий, веря в их силы и сохраняя спокойствие и уверенность;

не показывать жалость (особенно напускную, «социетальную») к лицам с ограниченными возможностями;

соблюдать речевой этикет, не травмируя инвалидов общеупотребимыми словосочетаниями, которые им неприятны. Так, очень распространенное выражение «прикован к коляске» – вызывает у инвалидов чувство «обреченности»; слова «глухонемой», «немой» – говорят им о невозможности общения, контакта с вами; «больной» – значит, «надо лечить», «беспомощный»; слова «паралитик», «неполноценный», «безрукий», «калека», «слабоумный», «ненормальный», «даун» вызывают у инвалидов боль отчуждения и стигматизации. Напротив, нейтрально-позитивно воспринимаются выражения «человек с ограниченными физическими возможностями», «человек на коляске», «человек с травмой позвоночника», «человек с инвалидностью», «незрячий». Даже само слово «инвалид» вызывает различные чувства, но, в целом, большинство людей считает его приемлемым, поскольку это слово официальное, наиболее часто употребляемое и ставшее в определенной степени абстрактным.

Учитывая психологические особенности инвалидов, сотрудники правоохранительных органов не только более успешно решают поставленные перед ними задачи, но и обеспечивают процесс инклюзивности, т. е. ход социальной интеграции, включение граждан, имеющих особенности физического развития, инвалидность или ментальные отличия, в комплексную социокультурную практику.

Список использованных источников

1. Калинычева, Т. Инвалиды в зеркале общественного сознания / Т. Калинычева // Вестн. благотворительности. – 1995. – № 2. – С. 6–7.
2. Кудинов, С.И. Психологические особенности самореализации личности с ограниченными физическими возможностями / С.И. Кудинов, С.С. Кудинов // Сиб. пед. журн. – 2010. – № 5. – С. 272–280.
3. Морозова, Е.В. Субъективное отношение к инвалидности у пациентов в процессе прохождения медико-социальной экспертизы / В.В. Козлов, Е.В. Морозова, Н.Б. Шабалина // Седьмая волна : сб. науч. ст. – Вып. 3. – Ярославль-Минск : МАПН, 2007. – С. 143–153.
4. Психология инвалидности : метод. указания / сост. Н.А. Соловьева ; Яросл. гос. ун-т. – Ярославль, 2004. – 47 с.
5. Шинина, Т.В. Проблемы личности инвалидов: социально-психологические аспекты / Т.В. Шинина // Вестн. МГОУ. Серия «Психол. науки». – 2011. – № 1. – С. 145–150.

Дата поступления в редакцию: 21.04.2022